

記念シンポジウム

慢性期医療から診療報酬・介護報酬の同時改定に迫る

- ◆日 時：10月19日（木） 10:20 ～ 12:20
- ◆座 長：池端 幸彦 日本慢性期医療協会 副会長
- ◆シンポジスト：眞鍋 馨 厚生労働省保険局 医療課長
古元 重和 厚生労働省老健局 老人保健課長
江澤 和彦 日本医師会 常任理事
橋本 康子 日本慢性期医療協会 会長

記念シンポジウム 略歴

座長

池端 幸彦 (いけばた ゆきひこ)

日本慢性期医療協会 副会長

略歴

所属：医療法人 池慶会 (ちけいかい) 池端病院

現職：理事長・院長

1980年	慶應義塾大学医学部卒業、同大学医学部外科学教室入局
1981年	浜松赤十字病院 外科
1982年	国立霞ヶ浦病院 外科
1983年	慶應義塾大学病院 一般消化器外科助手
1986年	池端病院 副院長
1989年	池端病院 院長 (～現在)
1997年	医療法人池慶会 理事長 (～現在)
2008年	社会福祉法人雛岳園 (すうがくえん) [愛星保育園・たんぼぼ保育園] 理事長 (～現在)

現在の主な役職

(全国)

日本慢性期医療協会 副会長

中央社会保険医療協議会 (中医協) 委員

社会保障審議会 医療保険部会 構成員

厚労省 高齢者医薬品適正使用検討会 構成員

日本医師会 理事

(県内)

福井県医師会 会長

福井大学医学部 臨床教授

福井県医療審議会 会長

福井県慢性期医療協会 会長

福井県介護保険審査会 会長

全日本病院協会 福井県支部長

主な資格

日本外科学会認定医、日本消化器外科学会認定医、日医認定スポーツ医

日医認定産業医、認知症サポート医、介護支援専門員

シンポジスト

眞鍋 馨（まなべ かおる） 厚生労働省保険局 医療課長

略歴

1995年	東北大学医学部卒業 厚生省（当時）入省
1999年	厚生省介護保険制度施行準備室介護報酬係長
2002年	ロンドン大学留学
2005年	厚生労働省保険局医療課課長補佐
2009年	厚生労働省大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官
2012年	長野県健康福祉部長
2015年	厚生労働省保険局医療課企画官
2017年	文部科学省高等教育局医学教育課企画官
2018年	厚生労働省老健局老人保健課長
2021年	国立保健医療科学院企画調整主幹
2022年	厚生労働省健康局予防接種対策推進官 厚生労働省保険局医療課長

古元 重和（こもと しげかず） 厚生労働省老健局 老人保健課長

略歴

慶應義塾大学医学部卒業

医学博士

厚生労働省保険局医療課、ロンドン大学、環境省環境保健部、老健局老人保健課、三重県健康福祉部医療政策監、大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官、医薬食品局審査管理課医療機器審査管理室長、千葉県健康福祉部保健医療担当部長、保険局医療課企画官、医薬・生活衛生局血液対策課長、健康局がん・疾病対策課長等を経て、2021年11月より現職

江澤 和彦（えざわ かずひこ） 日本医師会 常任理事 医療法人 博愛会／医療法人 和香会／社会福祉法人 優和会 理事長

略歴

法人施設

〔医療法人 博愛会〕（所在地：山口県宇部市）

宇部記念病院、宇部記念病院 介護医療院

介護老人保健施設 寿光園、グループホーム 和らぎ・グループホーム 歓び、

西部第2高齢者総合相談センター（宇部市西部第2地域包括支援センター）、

寿光園指定居宅介護支援事業所、

地域コミュニティスペース ふぁみらんど<介護老人保健施設 ペあれんと・生活支援ハウス ふれんど・グループホーム らくや・さるびあ訪問看護ステーション・さるびあヘルパーステーション・さるびあ在宅介護支援センター指定居宅介護支援事業所>

〔医療法人 和香会〕(所在地：岡山県倉敷市)

倉敷スイートタウン<倉敷スイートホスピタル・倉敷スイートレジデンス(サービス付き高齢者向け住宅)・倉敷スイート訪問看護ステーション・倉敷スイート訪問介護ステーション・倉敷スイートホームサポートステーション(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)・倉敷スイートホームサポートステーション羽島(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)>、倉敷広済クリニック、和香会訪問看護ステーション、和香会ヘルパーステーション、和香会ホームサポートステーション(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)、介護老人保健施設 和光園、和光園在宅介護支援センター、地域交流村 ふくだの里<グループホーム 和らぎ・グループホーム 歓び・デイサービス 香り>、倉敷市福田高齢者支援センター(地域包括支援センター)

〔社会福祉法人 優和会〕(所在地：山口県宇部市)

ケアハウス らいぶりー

最終学歴

日本医科大学卒業／岡山大学大学院医学研究科卒業(医学博士取得)

資格

労働衛生コンサルタント(保健衛生)、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医

賞罰

厚生労働大臣表彰(2012年)

現役職

- ・日本医師会 常任理事
- ・日本慢性期医療協会 常任理事
- ・日本介護医療院協会 副会長
- ・慢性期リハビリテーション協会 副会長
- ・日本医療法人協会 理事
- ・日本リハビリテーション病院・施設協会 理事
- ・全国老人保健施設協会 副会長
- ・全国デイ・ケア協会 理事
- ・厚生労働省 中央社会保険医療協議会 委員
- ・厚生労働省 第8次医療計画等に関する検討会 構成員
- ・厚生労働省 社会保障審議会 介護給付費分科会 委員
- ・厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員
- ・厚生労働省 社会保障審議会 障害者部会 委員 他

略歴

医学部卒業後、救急医療・重症管理等の内科臨床に意欲的に取り組むと共に、現在も専門である関節リウマチの臨床や感染管理に積極的に携わっている。平成8年現職就任以降、地域づくりを目指して、多数の医療介護施設を開設し、複数の病院、介護施設、サービス付き高齢者向け住宅、訪問・通所事業所等を運営し、特に、設計・建築、外装・内装デザイン、補助具開発も手掛ける。「社会貢献」を信条とし、社会保障制度・地域包括ケア・地域医療構想・医療保険・介護保険・診療介護報酬等に関する数多くの講演や執筆を行い、ライフワークである「尊厳の保障」に精力的に取り組んでいる。

橋本 康子 (はしもと やすこ)

日本慢性期医療協会 会長
医療法人社団和風会 理事長
社会福祉法人徳樹会 理事長
社会福祉法人福寿会 理事長
医学博士

■ 略歴 ■

名古屋保健衛生大学 (現 藤田医科大学) 医学部 卒業
香川医科大学 (現 香川大学医学部) 第1内科教室 入局
米国インディアナ大学腫瘍学研究所 勤務
医療法人社団和風会 橋本病院 勤務
医療法人社団和風会 理事長 就任
医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 開設
医療法人社団和風会 千里リハビリテーションクリニック東京 開設

日本慢性期医療協会 会長
慢性期リハビリテーション協会 会長
全国抑制廃止研究会 幹事
香川県抑制廃止研究会 会長
香川県女医会 会長
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文書にかかる負担軽減に関する専門委員会 委員
日本地域医療学会 理事
新型コロナウイルス感染症対応人材ネットワーク運営委員会 委員
病院薬剤師を活用した医師の働き方改革推進事業 協議会委員
日本地域包括ケア学会 理事
在宅医療政治連盟 顧問

MS

慢性期医療から診療報酬・介護報酬同時改定に迫る 主旨

医療法人池慶会 池端病院 理事長・院長
池端 幸彦

令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定、いわゆるトリプル改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画、医療保険制度改革や、地域医療構想の推進、更には法制化された「医師の働き方改革」が本格運用される年度でもあり、医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目の年となる。

一方で、世界中がこれまで経験したことのない新型コロナウイルス感染症の対策に追われ続けたこの3年半であったが、令和5年5月8日をもって2類相当から5類に移行し、ようやく少しずつ出口が見え始めた感もある。当初、我が国の医療提供体制も一時は逼迫した状況に追い込まれた時期もあったが、最終的には対人口比の死者数は欧米各国と比しても一桁小さい数に終わっており、世界的に見れば日本の医療提供体制は十分評価に値するものであったと言えよう。しかし発熱患者やワクチン接種希望者が「かかりつけ医」に受診しようとして門前払いされた等々の報道もあり、コロナ禍後、にわかに「かかりつけ医機能」の在り方が問われ始めた。更に世界的な政情不安や円安による原材料費や光熱費の高騰、物価高、そして人件費上昇機運は、我々医療介護分野における更なる人材不足と経営収支悪化に繋がっていくと言わざるを得ない。

しかしこのような厳しい経営環境の中だからこそ、これからのウイズコロナ時代は、2040年を見据え、入院・入所、外来、在宅等において予想される医療介護ニーズの大きな変化に対し、限りある財源・人材等の最適化・効率化を図りながら、本来あるべき医療介護提供体制を実現していくことが強く求められてこよう。こうした背景を踏まえ、診療報酬と介護報酬等との連携調整をより一層進める観点から、中医協と介護給付費分科会による同時改定に関する意見交換会が設けられた事は意義深く、その議論のテーマの中に今後の医療介護提供体制の最適解に関する多くのヒントが隠されていたように感じている。

このように今後の我が国の50年先、100年先を見据えた医療介護提供体制の大きな転換期を迎えるあたり、この記念シンポジウムでは、タイムリーな素晴らしいシンポジストの皆様にご登壇頂ける事に心から感謝したい。まず診療報酬改定のお立場から眞鍋馨厚生労働省医療課長、介護報酬改定のお立場から古元重和厚生労働省老人保健課長、日本医師会の江澤和彦常任理事と当協会からは介護保険部会構成員の橋本康子会長にそれぞれのお立場からご発表頂いた後に、「急性期医療」と「回復期・慢性期医療」、「専門外来」と「一般外来」等の連携と差別化等の流れや、前述の「かかりつけ医機能」や同時改定にかかる意見交換会の議論の経緯等も鑑みながら、「良質な慢性期医療がなければ日本の医療はなりたない」を合い言葉に、フロアの参加者も交えて大いに議論したい。

MS-1

令和6年度診療報酬改定に向けて

厚生労働省保険局 医療課長

眞鍋 馨

いわゆる団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供できる「地域包括ケアシステム」を各地域の実情に応じて構築していくことが重要である。

次回の令和6年度改定は、診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定であり、高齢多死社会を迎える2040年を見据えた診療報酬体系を見直す重要な機会となる。

本年3月から5月にかけて、令和6年度の同時改定に向けた意見交換会を開催し、①地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携、②リハビリテーション・口腔・栄養、③要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療、④高齢者施設・障害者施設等における医療、⑤認知症、⑥人生の最終段階における医療・介護、⑦訪問看護、⑧薬剤管理、⑨その他といった議題について広範な議論を頂いたところである。

この意見交換会においては、医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメントを行うことが重要と指摘されたところである。このような中において、医療と介護に跨がる慢性期医療は今後も益々重要になると考える。

こうした背景をもとに、医療保険制度を担当する立場から、今後の医療・介護の方向性について、現時点の情報をもとに概説する。

MS-2

診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて・・・ 介護報酬を中心に

厚生労働省老健局 老人保健課長
古元 重和

団塊の世代が全員75歳以上となる2025年、更にはその先の2040年にかけて、85歳以上の人口が急増するとともに、高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加することが見込まれる。85歳以上の年代では、要介護度が中重度の高齢者や、医療・介護双方のニーズを有する高齢者、認知症が疑われる人や認知症の人が大幅に増加する。また、高齢者世帯の増加により、生活支援や住まいの支援を要する世帯も増加することが見込まれる。

また、2040年に向けて生産年齢人口の急激な減少が生じ、介護人材の不足が深刻になる。限りある資源で増大する介護ニーズを支えていくため、介護サービスの提供体制の最適化を図っていくという視点が重要であり、医療・介護の質を維持しつつ、相対的に少ない人材により医療・介護を提供できるようなサービス・支援の提供体制に変えていくことが必要となる。

令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であり、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。

このため、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会において、診療報酬と介護報酬等との連携・調整をより一層進める観点から、両会議の会議がそれぞれ具体的な検討に入る前に、以下のテーマ・課題について合同での意見交換会を3回にわたり行った。

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

令和6年度介護報酬改定に向けては、上記意見交換の結果や診療報酬との同時改定であること、さらには新型コロナウイルス感染症への対応の経験等を踏まえ、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告及び令和4年社会保障審議会介護保険部会意見書における指摘などに基づき、各サービス種類の論点とあわせ、以下の分野横断的なテーマを念頭に置き、議論を開始している。

- ・地域包括ケアシステムの深化・推進
- ・自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進
- ・介護人材の確保と介護現場の生産性の向上
- ・制度の安定性・持続可能性の確保

本シンポジウムでは、令和6年度診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、介護報酬における対応などにつき慢性期医療との関連を中心に述べる。

MS-3

分水嶺となる令和6年度診療報酬・介護報酬同時改定 —ターゲットイヤーは2025年から2040年へ—

日本医師会 常任理事
江澤 和彦

平成18年度（2006年度）の社会保障制度改革は、分水嶺となる大きな節目であった。同年の医療保険制度改革では、7対1看護配置、医療区分、都道府県別診療報酬の仕組みが導入され、その後に大きく影響を及ぼすこととなった。同年の介護保険制度改革においても、予防給付、地域支援事業、地域密着型サービス、地域包括支援センターが創設される大きな改革がなされた。

時を経て、次なる分水嶺となる令和6年度（2024年度）診療報酬・介護報酬同時改定が目前に迫っている。2025年に団塊の世代が後期高齢者となり、2040年まで85歳以上人口は伸び続け、医療と介護の複合的ニーズを持ち合わせる患者・利用者が急増する。

社会保障政策は2025年をターゲットイヤーと見据え、次年度の同時報酬改定をはじめ、医療計画や介護保険事業計画等が2024年度を焦点として議論が進行中であり、次なるターゲットイヤーである2040年を見据えたものとなっている。

審議会等においては、治す医療と治し支える医療の役割分担と連携、特に、今後の高齢者医療を踏まえた急性期・回復期・慢性期医療のあり方や医療機関と高齢者施設の連携を念頭に置いた感染対策、さらには、医療DX、働き方改革、介護のLIFE等々について幅広く議論されている。また、足元の課題として、物価高騰や賃金アップへの対策も喫緊の課題となっている。当日は、議論の進捗を踏まえ、2040年を見据えた次回同時報酬改定について言及したい。

MS-4

慢性期医療から診療報酬・介護報酬の同時改定に迫る

日本慢性期医療協会 会長
橋本 康子

日本では平均寿命の伸びとともに高齢化社会が進展している。健康な高齢者が増加するだけであれば、幸せなことである。しかしながら、平均寿命と健康寿命との間に10年の差が存在し、この期間に寝たきりが生まれていることが問題となっている。当協会は、このような問題を解決するために「良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない」のコンセプトのもと、寝たきり老人をなくすための数々の提言をしてきている。

寝たきりをなくすには、寝たきりを「作らない」ことと、寝たきりになっても「改善させる」ことの二つのアプローチがある。まず、「作らない」ことであるが、寝たきりの多くは急性期病院で生まれている。それは患者の直接の疾患が原因でなく、手術などの急性期治療が終わった後、安静状態が続いたり、リハビリテーションが遅れたりする、いわば医原性による寝たきりである。しかしながら、急性期には急性期ならではの専門性が必要であるため、多病を抱える高齢者の対応やリハビリテーションの実施までを担うことは難しい。そこで急性期であってもこれらに対応できる「総合診療医」の配置とともに、リハビリテーションやケアの実施者としての「基準リハビリテーション」「基準介護」の必要性を訴えてきた。

「改善させる」については、現在の療養病棟を「慢性期治療病棟」へ転換することの提言を続けている。療養病棟という名称ではあるが、ほとんどの患者は治療を目的に入院している。しかしながら、現在の医療区分では治療の成果が見えにくく、また治療により医療区分が軽減すると診療報酬が減額するディスインセンティブが働く仕組みともなっている。アウトカム評価への課題は多くても、治療を行う場である病院として、成果がわかる仕組み、努力が報われる仕組みの構築が望まれる。また、改善には栄養管理が大きな役割を果たしている。特に、リハビリテーションを行う患者にとっては、健常者以上の栄養摂取が必須である。しかし、通常の病院食はダイエット食であり、栄養不足に陥っているケースも少なくない。これらの給食改善を図るためにも、食事療養費の増額も訴えている。

在宅生活支援においては、早期集中型の訪問リハビリテーションを提言してきた。入院患者の目的は在宅復帰や社会復帰であるため、生活の場でリハビリテーションを実施することが有効である。質の高い訪問リハビリテーションは、入院リハビリテーションと同等以上の効果が期待できる。残念ながら、現在の訪問リハビリテーションには、そういった可能性を認めてもらえていない。これらの認識を変え、患者のために必要な活動を継続していきたい。

これらの提言は、多くの寝たきり老人を受け入れ治療してきた当協会会員の現場の声である。今後の医療財政や提供体制を考えると、医療の質をあげ、アウトカムを重視し、寝たきり老人をなくすことはまったなしの重要課題である。当協会の提言が診療報酬、介護報酬に反映され、一人でも多くの寝たきり老人をなくすことが、日本の医療のあるべき姿と信じている。

講演

医療・介護イノベーション DX化時代に求めるもの

- ◆日 時：10月19日（木） 13:30 ～ 15:30
- ◆座 長：石川 賀代 社会医療法人石川記念会 理事長
- ◆演 者：塩崎 恭久 元厚生労働大臣、前衆議院議員
宇都宮 啓 慶應義塾大学医学部 客員教授
石川 賀代 社会医療法人石川記念会 理事長

講演 略歴

座長・演者

石川 賀代 (いしかわ かよ)

社会医療法人石川記念会 理事長／石川ヘルスケアグループ 総院長

略歴

1992年3月	東京女子医科大学 卒業
1992年4月	東京女子医科大学病院 消化器内科 入局
1998年6月	〃 助手
1999年	大阪大学 微生物学教室 非常勤講師
2002年4月	医療法人紫愛会石川病院 入職
2010年4月	〃 理事長 病院長
※2013年4月より、	社会医療法人石川記念会 HITO病院 へ名称変更
2019年4月	社会医療法人石川記念会 理事長・石川ヘルスケアグループ 総院長

資格

医学博士

愛媛大学臨床教授

日本内科学会総合内科認定医

日本肝臓学会認定専門医

日本消化器内視鏡学会専門医

日本内科学会総合内科専門医

日本消化器病学会指導医

公務

日本医療法人協会 常務理事

日本医療経営学会 理事

地域包括ケア病棟協会 理事

日本医療マネジメント学会 評議員

日本医療マネジメント学会 愛媛県支部幹事

一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 理事

日本消化器病学会 学会評議員

日本消化器病学会 四国支部評議員

全日本病院協会愛媛県支部 副支部長

全日本病院協会 広報委員会 副委員長

医療トレーサビリティ推進協議会 理事

一般社団法人日本医療経営職域対策協議会

演 者

塩崎 恭久（しおざき やすひさ）
元厚生労働大臣、前衆議院議員

■ 略歴 ■

1975年3月	東京大学教養学部教養学科卒業
4月	日本銀行入行
1982年6月	ハーバード大学行政学大学院修了（行政学修士）
1993年7月	衆議院議員初当選（旧愛媛1区）
1995年7月	参議院議員当選（愛媛選挙区）
1997年9月	大蔵政務次官
2000年7月	衆議院議員当選（愛媛県第1区）
2004年10月	衆議院法務委員長
2005年11月	外務副大臣
2006年9月	内閣官房長官・拉致問題担当大臣
2014年9月	厚生労働大臣（～2017年8月）
2017年10月 ～2021年10月	衆議院議員当選（衆8期、参1期）
2020年11月	「薬剤耐性に関するグローバル・リーダーズ・グループ」 (Global Leaders Group on Antimicrobial Resistance)
2021年11月	一般財団法人 外国人材共生支援全国協会 理事副会長
2022年3月	一般財団法人 勤草日本イニシアティブ 代表理事就任
2022年5月	CEPI * 「国際親善大使(Global Goodwill Ambassador)」 * Coalition for Epidemic Preparedness Innovations
2022年9月	公益財団法人 全国篤志面接委員連盟 会長

著書

「『真に』子どもにやさしい国をめざして ― 児童福祉法等改正をめぐる実記」

【2020年7月 メタブレーン】

「ガバナンスを政治の手に ― 『原子力規制委員会』創設への闘い」

【2012年12月 メタブレーン】

「『国会原発事故調査委員会』立法府からの挑戦状」

【2011年12月 東京プレスクラブ】

「日本復活― 『壊す改革』から『つくる改革』へ」

【2003年9月 プレジデント社】

宇都宮 啓 (うつのみや おさむ)

慶應義塾大学医学部 客員教授

略歴

1986年	慶應義塾大学医学部卒業。医師免許取得、厚生省大臣官房統計情報部
1988年	岩手県環境保健部保健予防課（岩手県高次救急センターにて臨床研修）
1989年	岩手県久慈保健所
1991年	米国留学。Tulane大学公衆衛生・熱帯医学大学院 California大学San Francisco校保健政策研究所
1993年	環境庁地球環境部研究調査室
1995年	厚生省保健医療局疾病対策課
1996年	世界保健機関（WHO）西太平洋地域事務局（マニラ）
1998年	厚生省大臣官房政策課、国際課
1999年	厚生省保健医療局地域保健・健康増進栄養課
2001年	厚生労働省大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官
2002年	岡山県保健福祉部長
2004年	厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室長
2006年	厚生労働省医政局研究開発振興課医療技術情報推進室長
2007年	厚生労働省大臣官房総務課企画官
2009年	厚生労働省老健局老人保健課長
2012年	厚生労働省保険局医療課長
2014年	国立国際医療研究センター企画戦略局長・国際医療協力局長
2016年	厚生労働省成田空港検疫所長
2017年	厚生労働省大臣官房生活衛生・食品安全審議官
2018年	厚生労働省健康局長
2019年	退官 医療法人社団健育会副理事長
2023年	公益財団法人日本建築衛生管理教育センター理事長

現職

一般財団法人 日本食生活協会 代表理事（理事長）
公益財団法人 エイズ予防財団 代表理事（副理事長）
公益財団法人 ファイザーヘルスリサーチ振興財団 監事

大学

慶應義塾大学医学部客員教授、千葉大学医学部附属病院特任教授、福島県立医科大学特任教授、岩手医科大学医学部客員教授、聖マリアンナ医科大学客員教授、川崎医療福祉大学客員教授

学位等

医学博士、MPH、社会医学系専門医・指導医、日本医師会認定産業医

L-1

格段の加速化が求められる健康DX

元厚生労働大臣、前衆議院議員
塩崎 恭久

世界の変化のスピードは、大きく加速している。とりわけ、今次COVID-19パンデミックの下で直面した、医療先進国と目されていた国を含めた世界における予想外の医療上の問題を深刻に受け止め、反省の中から教訓を得、様々な新しい変化がそのスピードを加速させているのが、世界の現状だ。世界の医療・介護等健康DXの格段の加速化は目覚ましい。

EUは昨年5月、「European Health Data Space」との法案を公表、「情報のsingle marketは、医療から始める」との確固たる信念を明確にした。今次パンデミックの反省から、少なくとも人口4億5000万人のEU内であれば、どこに行っても自らの医療情報を踏まえた適切な治療等が可能となる制度整備を行い、創薬や新規治療法開発等2次利用も格段に進むようにデータガバナンスから大胆に改革する、という決意と思われる。この決断こそ、パンデミック時に数々の困難に直面したことからの反省の上に立っての、大胆な反転攻勢だ。

翻ってわが国では、今次マイナンバーカードと健康保険証との一体化問題に対して、野党等からは、個人情報扱いのミスに対し、デジタル化そのもののスローダウンを促すのみならず、そもそも「究極の個人情報である医療情報のデジタル化の優先順位は、一番最後」として、EUとは真逆なスタンスが示されており、それに対する政府のDXへの決意も力強さに欠く。

ここはむしろ、医療、介護等健康DXを大幅に加速させ、科学的なデータに基づくより良い医療・介護を強力に推進する事によって、より適切な治療・ケアが行われるようになり、加えて新たな治療法の開発、創薬等の2次利用も進め得る、という事を政府や医療界は国民に納得してもらおう努力を格段に強化する事が重要ではないか。

「健康DXの進展なくして、データエビデンスに基づくより良い医療も介護もなし」という事を、政府がまなじりを決して国民を説得することが焦眉の急ではないか。

政府与党の健康DXの工程表等を見る限り、行くべき方向性や実現すべき方策に関しては、それなりに出揃いつつあるが、そもそもどのような医療・介護・健康生活が一人一人の国民によって、いつまでに享受できるようになるのか、との改革後のトータルビジョンをより明確にすべきであると同時に、いつまでに健康DXを完成させるかの目標期限を明確にすべきだ。

L-2

地域包括ケアから地域共生社会へ ～高齢社会におけるDX化とWell Being～

慶應義塾大学医学部 客員教授

宇都宮 啓

高齢社会においては、現役を退いた後の長い人生をどう生きるかがポイントになる。多くの場合、仕事人間で地域に関わりを持たなかったような人でも、仕事を離れば地域との関わりが重要となってくるが、そのような高齢者を受け入れるには、地域には何が必要なのか。

団塊の世代が後期高齢者となる2025年を控え、地域包括ケアシステムの構築が議論され、社会保障制度改革の流れの中で国策となった。

しかしその後も高齢者人口は増加し続け、2040年には団塊ジュニア世代が65歳以上になり、さらに生産年齢人口は減少することが予想されている中、健康寿命を延伸し、支え・支えられる関係を循環させる地域共生社会を構築するとともに、より少ない人ででも回る医療・介護の現場を実現することが求められている。

こういった流れを説明し、DX化とWell Beingについての私見を述べたい。

L-3

慢性期医療における デジタルトランスフォーメーション： ネットワーク型組織とスマートグラスを 活用した人材育成

社会医療法人石川記念会 理事長
石川 賀代

当院は、今後の社会課題に対して持続的な医療サービスを提供していくために、2017年よりICTの活用を推進している。今回は業務用チャットの活用によるネットワーク型組織への変革とスマートグラスを活用した人材育成について紹介する。

ICTを活用したコミュニケーションツールの一つであるチャットは、情報共有を瞬時に行うことができ、組織全体の連携とスピーディな決定を可能にする。これにより、伝統的な階層型の組織から、柔軟性と効率性を備えたネットワーク型の組織へと移行する可能性があると考えている。また、スタッフ間の質の向上にも寄与し、自律型組織への移行にも効果を感じている。

また当院では、昨年よりスマートグラスを活用した人材育成を実践している。スマートグラスは、リアルタイムでの空間と空間をつなぐ情報共有を可能にし、遠隔地からの専門職のアドバイス、シミュレーションを通じたトレーニングなど、医療現場での様々なシーンにおいて活用可能である。医療スタッフの教育とトレーニングがより効果的に行え、病院と在宅、介護系施設との垣根を越え、慢性期医療においても高度なスキルと知識を持った人材を育成することが可能となる。

今後、これらの取り組みを通じて、施設や在宅を結ぶデジタル環境を整備し、DXの推進をさらに進め、人材が不足する地域においても適切な医療サービスを提供し、病気の早期発見と早期介入を行う事で「治療」から「予防医療」へのパラダイムシフトの実現を目指している。

第11回慢性期リハビリテーション学会 教育講演

疾患治療を効果的に進めるためのリハビリテーション

◆日 時：10月19日（木）13:30～15:30

◆座 長：藤田 博司 医療法人愛の会 光風園病院 副院長・診療部長

◆演 者：木下 祐介 第11回慢性期リハビリテーション学会 学会長
石川 朗 神戸大学大学院 保健学研究科パブリックヘルス領域 教授

第11回慢性期リハビリテーション学会 教育講演 略歴

座 長

藤田 博司 (ふじた ひろし)

医療法人愛の会 光風園病院 副院長・診療部長

略歴

1977年	山口大学医学部卒業 山口大学医学部附属病院 研修医
1978年	広島大学医学部第3内科 助手
1979年	済生会下関総合病院内科勤務
1994年	済生会下関総合病院 中央検査科科长
1996年	済生会下関総合病院 呼吸器内科科長
2000年	医療法人愛の会 光風園病院 副院長

所属学会

日本呼吸器学会
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
日本肺癌学会

演 者

木下 祐介 (きのした ゆうすけ)

第11回慢性期リハビリテーション学会 学会長

略歴

1995年	日本大学医学部卒業
1996年	日本大学医学部皮膚科学教室 入職
2004年	初台リハビリテーション病院 入職
2005年	光風園病院 入職
2017年	光風園病院 院長 就任
2006年4月	下関大腿骨頸部骨折・脳卒中地域連携パス研究会 会長 就任
2010年6月	日本慢性期医療協会 理事 就任
2019年5月	山口県病院協会 理事 就任

石川 朗 (いしかわ あきら)

神戸大学大学院 保健学研究科パブリックヘルス領域 教授

■ 略歴 ■

学歴

1986年3月	札幌医科大学衛生短期大学理学療法学科 卒業
4月	理学療法士取得
1987年4月	東京理科大学工学部建築学科入学
1991年3月	同大 卒業
1994年3月	日本大学大学院理工学研究科博士前期課程 医療・福祉工学専攻修了, 修士の学位授与
1996年4月	日本大学大学院理工学研究科博士後期課程 医療・福祉工学専攻入学
1999年3月	博士の学位授与

職歴

1986年4月	帝京大学医学部附属病院リハビリテーション部入職
1991年4月	同 主任
1997年3月	同 退職
1997年4月	札幌医科大学保健医療学部理学療法学科 講師
2002年2月	同 助教授
2003年4月	札幌医科大学医学部附属病院リハビリテーション部 副部長
2007年4月	札幌医科大学保健医療学部理学療法学科 准教授
2011年4月	神戸大学大学院保健学研究科 リハビリテーション科学領域 准教授
2012年11月	神戸大学大学院保健学研究科 地域保健学領域 教授
2016年10月	神戸大学 生命・医学系大保健学域 教授
2018年4月	神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域 教授 (兼務)
2022年12月	放送大学学園 客員教授

学会活動等

社団法人 日本理学療法士学会会員,
日本義肢装具学会会員, 評議員
日本集中治療医学会会員,
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会会員, 理事, 第32回学術集会副会長
日本呼吸器学会会員
日本呼吸療法医学会会員
神戸在宅呼吸ケア勉強会世話人代表
CURE 神戸 理事

資格

専門理学療法士 (基礎・運動器・内部障害・生活環境支援)

著書等

15レクチャーシリーズ理学療法テキスト (中山書店): 総編集

EL-1

疾患治療を効果的に進めるための リハビリテーションの必要性

第11回慢性期リハビリテーション学会 学会長
木下 祐介

私の勤務する、光風園病院はリハビリテーション専門病院ではなく、リハビリテーションに力を入れている慢性期医療の病院です。私もリハビリテーションの専門家ではなく、リハビリテーションの必要性を感じている慢性期医療の現場で働く一医師です。今回の教育講演では、普通の慢性期医療の病院の立場で活用できるリハビリテーションの取り組みについて一緒に学びたいと考えています。

さて、慢性期医療の現場では、急性期病院や在宅から入院してこられる患者さんの治療にあたる時に「もっと早くから適切にリハをしていれば」と感じる事がないでしょうか？私は、特に最近では新型コロナウイルス感染症の治療後の患者さんの廃用症候群の怖さを感じています。予備力の低い高齢の方の中には、感染症は治癒したものの、「歩けない」、「食べられない」といった影響が長期間続き、感染する前の状態に戻る事ができない方も少なくありませんでした。一方で、コロナに限らず私たち慢性期医療の現場でも疾患治療にリハビリテーションがきちんと活かされているか、自分自身を振り返ってみなければならぬと思っています。

橋本康子会長の提唱されている「基準リハビリテーション」、「基準介護」の概念にもあるように、廃用症候群を生んでしまってからリハビリテーションを始めるのではなく、はじめから廃用症候群を生まないように治療する事が大切です。効果的・効率的に治療を進めるためには、急性期から慢性期まで全ての医療現場であらゆる疾患に対してリハビリテーションが必要だと思っています。そして、ここで言うリハビリテーションはセラピストが行う訓練だけではありません。医師、看護師、介護職、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカーなど、患者さんを支えるあらゆる職種がリハビリテーションの考えを共有し、それぞれの立場で実践していく事が必要です。

木戸学会長が掲げる、第31回日本慢性期医療学会のテーマは「超少子高齢化時代と慢性期医療～ well Beingを目指した予防という役割～」です。慢性期医療の現場では、第一に廃用症候群の原因となる疾患を予防することが大切です。そして、予防の取り組みにもかかわらず病状が悪化してしまった場合には、不必要な廃用症候群を生まないように最大限の注意を払いながら疾患治療にあたる必要があります。

今回の教育講演では、慢性期医療の現場で最も向き合うことの多い疾患の一つである誤嚥性肺炎に焦点を絞り、石川朗先生から誤嚥性肺炎予防のための呼吸リハビリテーションについてご講演いただきます。そして、予防に必要なリハビリテーションとケアの知識と技術は、そのまま誤嚥性肺炎の治療に活用することができると思います。参加者の皆様と力を合わせて明日からの慢性期医療の更なる質の向上につなげることができればと願っています。よろしくお願いたします。

EL-2

誤嚥性肺炎予防の呼吸リハビリテーション

神戸大学大学院 保健学研究科パブリックヘルス領域 教授
石川 朗

肺炎は、気道を通して侵入した細菌やウイルスなどの病原微生物が、肺内で増殖し炎症が生じた病態である。本邦における肺炎の死亡者数は2016年では第3位であった。しかし、2019年の死因は悪性新生物、心疾患、老衰、脳血管疾患の順で、肺炎は第5位、誤嚥性肺炎は第6位であった。この肺炎死亡順位の低下は、原死因選択ルールの変更によるもので、肺炎と誤嚥性肺炎を合算すると老衰を上回り第3位となる。肺炎に対するリハビリテーションは、肺炎死亡者の約96%は65歳以上の高齢者が占め、このうち80%は誤嚥性肺炎であることが重要である。

看護師やセラピストが介入する多くの肺炎は、高齢者施設入所中や在宅介護を受けている患者に発症する 경우가非常に多い。これらの肺炎を、日本呼吸器学会が2011年に医療・介護関連肺炎（nursing and health-care associated pneumonia：NHCAP）として分類した。その定義は、①長期療養型病床群もしくは介護施設に入所している、②90日以内に病院を退院した、③介護を必要とする高齢者、身障者、④通院にて継続的に血管内治療を受けているもので発症した肺炎とされている。したがって、リハビリテーション対象者で発症した肺炎の多くはNHCAPと推察され、その主な発生機序は誤嚥性肺炎である。

誤嚥性肺炎は、胃内容物の嘔吐に伴った誤嚥によって生じる化学性肺炎と、口腔内細菌を不顕性に誤嚥して生じる細菌性肺炎とに分類され、高齢者に生じる誤嚥性肺炎の多くは細菌性肺炎である。化学性肺炎は、加齢による食道・胃移行部の括約筋の弛緩などによる胃食道逆流現象と、嚥下・咳反射の低下が関係している。細菌性肺炎は、口腔内の細菌を夜間睡眠中に不顕性に誤嚥することで生じる。そのため、口腔ケアが特に重要となる。また、脳血管障害などでは嚥下・咳反射の低下が著明であり、さらに加齢に伴う免疫能の低下によって高齢者には細菌性肺炎が多い。

誤嚥性肺炎は、誤嚥の量や内容などの侵襲因子と活動量や栄養、免疫能などの抵抗因子のバランスが崩れた時に発症する。このうち、リハビリテーションに関連する因子は、侵襲と抵抗に共通する。唾液の不顕性誤嚥の患者は、睡眠薬や抗うつ剤の服用率が高い。睡眠薬や抗うつ剤の服用率を低下させるためには、日中に積極的な離床を図り、サーカディアンリズムを構築することが不可欠である。また、栄養療法と併用しながら日中の活動量を増やすことによって、体力の向上につながり、抵抗因子の改善にも結びつく。さらに、咳嗽力の改善を目的とした、呼吸筋のトレーニングなども重要である。加えて、化学性肺炎による誤嚥性肺炎に対しては、胃食道逆流現象予防のため、食後2時間程度は座位を保持することや嚥下しやすい食事形態の変更も必要である。誤嚥性肺炎は繰り返す。したがって、最も重要な介入は予防である。その予防には、リハビリテーションの役割は大きい。

シンポジウム1

Well Beingを目指した予防～その① 感染～

- ◆日 時：10月19日（木） 15:40 ～ 17:10
- ◆座 長：櫃本 真聿 四国医療産業研究所 所長
- ◆シンポジスト：大嶋 玲子 介護老人保健施設 大誠苑 看護マネージャー
富家 隆樹 富家病院 理事長
山本 尚子 国際医療福祉大学 大学院 教授

シンポジウム1 略歴

座長

檀本 真聿 (ひつもと しんいち)

四国医療産業研究所 所長 医学博士 労働衛生コンサルタント

■ 略歴 ■

1979年愛媛大学医学部卒業（第一期生）。同大学助手を経て、宇和島中央保健所、御荘（みしょう）保健所所長、伊予保健所所長、愛媛県庁健康増進課長等を経て、2002年母校愛媛大学医学部附属病院医療福祉支援センター副センター長に就任、2006年より同センター長、2013年同大学附属病院総合診療サポートセンター長を歴任、2015年12月末にて愛媛大学を早期退職。2016年1月より、四国医療産業研究所 所長として現在に至る。

労働衛生コンサルタント（産業医）としてメンタルヘルス等に取り組む一方で公衆衛生の専門家として、歩く“ヘルスプロモーション”を掲げ地域包括ケア時代の地域づくりを実践するために全国行脚の日々を送っている。

兼務

滋賀県医療福祉アドバイザー、三重県医療介護連携アドバイザー、坂出市健幸アドバイザー、医療法人順風会顧問（天山病院健康づくり推進室長）、正光会宇和島病院・HITO病院等非常勤医師、産業医（愛媛県警・三越・富士通・NEC・アビリティセンターその他）

資格

医師、医学博士、労働衛生コンサルタント、結核指導者、日本公衆衛生学会認定専門家

委員・役職等

日本医師会地域包括ケア推進委員会委員、日本医療マネジメント学会（評議員）・愛媛県支部長、日本医療連携研究会理事、公益社団法人愛媛県鍼灸マッサージ師会顧問、愛媛県地域密着型サービス外部評価審査委員長
一般社団法人健康包括支援協会（AHIS）顧問、四国産業カウンセラー協会連携医他

研究分野

公衆衛生 ヘルスプロモーションの推進 保健・医療・福祉マネジメント、ケースメソッドによる人材育成 日本公衆衛生学会奨励賞受賞（1992年）

所属学会

日本公衆衛生学会、日本医療マネジメント学会、日本産業衛生学会、日本精神神経学科会等

その他

元日本医師会総合政策研究機構客員研究員（平成27年～令和3年）

元FM愛媛パーソナリティー（平成7年～令和3年）

元テレビ愛媛コメンテーター他（平成28年～令和3年）

著書

「地域包括ケア時代の地域に根ざした医療の創り方」（2107 日創研）

「生活を分断しない医療」～医療に依存する時代から医療を生活資源として活用する時代へ～（2013 ライフ出版社）

「地域連携論」～医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援～（2014 オーム社）

シンポジスト

大嶋 玲子（おおしま れいこ）

医療法人大誠会内田病院グループ
介護老人保健施設 大誠苑 看護マネージャー

■ 略歴 ■

1993年	宇都宮高等看護専門学校卒業
1993年	自治医科大学付属病院 精神科病棟勤務
1994年	利根保健生活協同組合利根中央病院 整形外科病棟 外科病棟 訪問看護ステーション 耳鼻咽喉科外来 光学医療室勤務
2009年	社会福祉法人久仁会特別養護老人ホームくやはら 学術研修部長・生活支援部副部長
2016年	看護師特定行為研修修了
2019年	介護老人保健施設大誠苑 看護マネージャー

富家 隆樹（ふけ たかき）

医療法人社団富家会 富家病院 理事長・院長

■ 略歴 ■

1991年	帝京大学医学部 卒業
1998年	医療法人社団ふけ会 理事長就任
1999年	医療法人社団富家会富家病院院長就任
2004年	医療法人社団富家会 理事長就任
2006年	社会福祉法人樹会 理事長就任

役職

帝京大学医学部医学教育センター臨床教授
日本慢性期医療協会 常任理事・事務局長
埼玉県慢性期医療協会 会長
地域包括ケア病棟協会 理事
全国デイ・ケア協会 理事

山本 尚子（やまもと なおこ）

国際医療福祉大学 大学院 教授／国際医療協力センター長

■ 略歴 ■

1985年（旧）厚生省に入省後、エイズ結核感染症課課長補佐、臓器移植対策室室長補佐、浦安市助役。国連日本政府代表部参事官、防衛省衛生官、疾病対策課長、北海道厚生局長などを経て、厚生労働省総括審議官（国際保健担当）を務めたのち、2017年にWHO事務局長補に就任。ヘルスシステム、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ／健康づくりを担当。2022年11月に退任し12月より現職。

1985年札幌医科大学医学部卒業。1991年岡山大学で医学博士号、1992年米国ジョンズホプキンス大学で公衆衛生修士号を取得。

S1-1

介護老人保健施設で行う感染予防

介護老人保健施設 大誠苑 看護マネージャー
大嶋 玲子

私の勤務する介護老人保健施設大誠苑（以下老健）は、入居者数100名で構成は一般棟に50名、認知症日常生活自立度がⅢa以上の方が過ごす認知症専門棟に50名が入所している。法人の理念を実現するべく「どうして欲しいか聞く」、「自分がされて嫌なケアはしない」を念頭にケアに取り組んでいる。このような高齢者の生活を重視した当老健では昨年、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のクラスターが発生し、老健における感染症対応が求められた。病院とは違い、介護老人保健施設（以下老健）の看護師は限られている為、リハビリテーション職員や介護職員、歯科衛生士など多職種で協力し合い、感染症収束に向けてケアに邁進した。感染症対策に努めつつ、接触時間に留意しながらの離床や、穏やかに過ごしてもらうために好みの音楽をかけるなど、可能なケアを模索して対応した。しかし、アフターコロナ入所者の中には食事摂取量が低下する、臥床期間が長引いたことでADLの低下やせん妄状態が続くなど弊害が生じてしまう者もあり、大きな課題となった。

改めて、感染症対策での基本となる感染原の排除、感染経路の遮断、宿主の抵抗力の向上の重要性を感じた。

今後も起こりうる感染症の拡大に対し、老健では、多職種で連携する体制づくりが必要不可欠と考える。Well Beingを目指した予防において、高齢者の身体的特徴である予備能力の低下（合併症を起こしやすく、感覚機能が低下している状態）の把握が必要である。また、精神的特徴（不安や孤独を感じやすいなど）について多職種が理解を深め、専門性を最大限に生かしたケアを実施する。工夫して早期から取り組み、次の生活の場につないでいけるように考える。また、COVID-19の5類感染症移行後は、感染症に留意しながら日常生活を維持、向上させることを考えなくてはならない。いつまでも閉ざされた環境ではなく、社会とのつながりを絶たないように、今までできていたことの継続を老健でも可能にする必要がある。家族との面会、外出や外泊、行事の開催などのアクティビティを充実させていくことは本来の老健に求められることであり、それこそが利用者と家族の満足度にもつながると考える。それには、職員の意識も変えていくことが大切となる。体調に不安を抱える方や認知症を有する高齢者が多い老健をはじめとした施設では、全てを元の対応に戻すのはリスクが伴う。アクティビティの充実には、どの職種も迷わないような感染対策のルール決定などが必要である。周囲の感染状況を理解して、職員全員で基本の感染症対策を行い、活動性を高める支援をしていくことが求められていると考える。

S1-2

慢性期医療におけるWell Beingを目指した感染予防 富家病院の感染症予防対策と持続的Well Being

富家病院 理事長
富家 隆樹

慢性期病院が担う役割は、病気の回復期や長期ケアを必要とする患者たちの生活の質を高めることで、それはつまりWHOの定義するWell Being「肉体的、精神的、社会的に満たされた状態」を目指すことである。その中で、感染症予防は極めて重要な要素となる。

富家病院は人工呼吸器患者や人工透析患者、気管切開患者、神経難病患者などを多く診ている重度慢性期医療を中心とした病院で、当然その患者はコンプロマイズドホスト（易感染宿主）であり感染症に罹りやすく、ひとたび感染症を発症すると容易に重症化する。つまり重度慢性期状態になればなるほど患者のWell Beingを目指すには感染予防が重要になる。

そのため富家病院では感染症の治療だけでなく病院全体のシステムティックな感染予防にも力を入れている。肺炎の予防には、自動喀痰吸入器の導入や誤嚥防止手術を行い、尿路感染予防としては尿道カテーテルの積極的な抜去や膀胱瘻の造設、耐性菌の予防のために抗生物質使用ルールを作成し適切で迅速な抗生物質の投与のために喀痰や尿のグラム染色を有熱患者全例に施行している。新型コロナウイルス感染症の感染対策についてはPCR検査機を設置して入院患者と職員に対し徹底した水際対策を行った。

富家病院では感染予防をWell Beingを目指すための重要なステップとして考えており、その先の取り組みとして、「ナラティブ」という取り組みを行っている。ナラティブとは、物語という意味で、「一人の患者さんを看ていく（診ていく）上で、その人の病歴だけではなく、その人のいままでの人生の“物語”を知ろう、そしてこれから患者さん、家族、病院スタッフでその人の“物語”をつくっていこう」という佐藤信彦先生の著書である「家庭のような病院を」という本が基になっている。富家病院では、この「ナラティブ」として、ナラティブノートやナラティブムービー、ナラティブカタログ、ナラティブ通貨、ナラティブバスなど様々な活動を行っており、重度慢性期状態の患者だけでなくそのまわりの大切な人達の持続的Well Being（いきいきと暮らし、人生の意義を感じている状態）の実現を目指している。

S1-3

ポストコロナの予防と慢性期医療

国際医療福祉大学 大学院 教授
山本 尚子

新型コロナパンデミックの経験から。私たちは今後の日本の慢性期医療の在り方について多くのことを学んだ。その中には、病床の集中と選択の必要性、コア・キャパシティの維持と必要時のサージ・キャパシティの動員、AIや遠隔診療などの革新的技術の活用、病床以外でのケアとチーム医療の拡充、サプライチェーンのあり方、データやエビデンスに基づく医療の推進、医薬品や治療方法の研究や臨床試験を行う体制の強化、さらに感染症危機に対応できる医療機関のハード・ソフト整備などが含まれる。

また、感染症をはじめとする危機に直面した際に、慢性期の疾患をもつ患者、特に高齢者の日常生活支援や疾病・重症化予防、さらには心身の健康づくりについて包括的に取り組み必要があることも学んだ。加えて、新型コロナ危機でさらに加速した社会の高度デジタル化において高齢者が取り残され、健康的な生活をおくる機会や環境が損なわれてしまうといった課題にも直面している。

現在、全国の都道府県において2024年度からの第8次医療計画及び第9期介護保険事業計画の策定作業が行われており、その中で感染症危機に対応する医療についても議論されている中、今後の慢性期医療を確保・拡充のために私たちに求められることについて述べる。

シンポジウム2

Well Beingを目指した予防～その② 栄養～

- ◆日 時：10月19日（木）17:20～18:50
- ◆座 長：西尾 俊治 南高井病院 院長
- ◆演 者：武久 洋三 日本慢性期医療協会 名誉会長／博愛記念病院 理事長
利光久美子 愛媛大学医学部附属病院 栄養部部長
西尾 俊治 南高井病院 院長

シンポジウム2 略歴

座長・演者

西尾 俊治 (にしお しゅんじ)
南高井病院 院長

略歴

1979年3月	愛媛大学医学部卒業
1983年3月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室 助手
1988年9月 ～平成元年8月	イギリス国マンチェスター大学留学 (尿路結石発生メカニズムの研究)
1989年4月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室 講師
1998年10月	愛媛大学医学部泌尿器科学教室 助教授
2002年4月	愛媛大学医学部附属病院低侵襲手術センター 副センター長併任
2004年2月	南松山病院 院長
2006年4月	済生会今治病院 副院長
2011年4月	南高井病院 院長
	現在にいたる。
1986年	医学博士取得 日本泌尿器科学会会員
2014年～	愛媛県慢性期医療協会 会長
2016年～	日本慢性期医療協会 総合診療医認定講座委員会 委員長 排尿自立指導料研修会 責任者
2018年～	日本慢性期医療協会 常任理事

演 者

武久 洋三 (たけひさ ようぞう)

日本慢性期医療協会 名誉会長 / 博愛記念病院 理事長

■ 略歴 ■

1966年	岐阜県立医科大学卒業 徳島大学大学院医学専攻科 修了、徳島大学医学部第3内科
1984年	博愛記念病院を開設

医療法人 平成博愛会 理事長、社会福祉法人 平成記念会 理事長、
平成リハビリテーション専門学校 校長 等を務める。

主な役職

厚生労働省 医療介護総合確保促進会議 委員、
経済産業省 次世代ヘルスケア産業協議会新事業創出ワーキンググループ委員、
日本リハビリテーション医学会 特任理事 など多数

主な著書

『基本治療マニュアル』『在宅療養のすすめ』『よいケアマネジャーを選ぼう』(メデイス出版部)
『良い慢性期病院を選ぼう』(メデイス出版部, 2012)
『あなたのリハビリは間違っていますか』(メデイス出版部, 2016)
『こうすれば日本の医療費を半減できる』(中央公論新社, 2017)
『どうするどうなる介護医療院』(日本医学出版, 2019)
『令和時代の医療介護を考える』(中央公論事業出版, 2021)
〔監修〕
『慢性期医療のすべて』(メジカルビュー社, 2017)

利光 久美子 (としみつ くみこ)

愛媛大学医学部附属病院 栄養部部長

■ 略歴 ■

最終学歴

愛媛大学大学院連合農学研究科 生物資源利用学専攻博士課程 (学術博士) 修了

職歴

1990年4月	国立病院四国がんセンター
1999年4月	国立療養所大島清松園 係長
2000年4月	愛媛大学医学部附属病院 医事課栄養管理室 副室長
2003年4月	愛媛大学医学部附属病院 栄養治療室 室長
2007年4月	愛媛大学医学部附属病院 栄養部 副部長
2011年6月	愛媛大学医学部附属病院 栄養部 部長 現在に至る

所属学会

1999年1月～	日本病態栄養学会（2015年5月～ 理事）
2007年7月～	日本消化器病学会
2013年9月～	日本臨床栄養学会（2016年10月～ 理事）
2013年9月～	日本高血圧学会
2015年4月～	日本肝臓学会
2017年4月～	日本糖尿病学会

資格

病態栄養専門管理栄養士
がん病態栄養専門管理栄養士
がん病態栄養専門管理栄養士研修指導師
NSTコーディネーター
糖尿病療養指導士
ケアマネージャー

役員歴

2017年5月～	公益社団法人愛媛県栄養士会会長
2017年6月～	愛媛県医療審議会委員
2020年3月～	厚生労働省健診・医療・介護における情報利活用検討会構成員
2020年3月～	厚生労働省 医療等情報利活用ワーキンググループ構成員
2022年6月～	全国国立大学病院栄養部門会議 委員長

S2-1

急性期病院から来る患者の低栄養改善

日本慢性期医療協会 名誉会長／博愛記念病院 理事長
武久 洋三

私たちは誰もが皆、できるだけ元気で長生きすることを望んでいる。しかし、必ずしも「寿命が長い＝健康」とは限らない。できれば身体的、精神的、社会的に健康で、幸せに過ごせたら最高だ。そのためには病気を発症しないように、寝たきり状態、要介護状態に陥らないように予防していくことが重要であり、何よりも重要なのが栄養管理である。

高齢になると、歯の喪失、咀嚼・嚥下機能の低下、偏食などにより、摂取食事量が減少し、低栄養になりやすい。また、何らかの疾患を発症し急性期病院に入院すると、主治医の無理解で十分な栄養管理を受けられず、低栄養に陥ることがある。また、急性期病院では介護ケアやリハビリテーションがおろそかになり、寝たきり状態になりやすくなる。極度の栄養不良に陥ってからの栄養介入だと、すでにADLは低下し、合併症を併発していることが多く、回復するまでに相当な時間を要してしまう。だからこそ早期栄養介入の必要がある。

しかしながら在宅高齢者を対象とした栄養状態と要介護度の関連を検討した研究では、要介護度が軽いにもかかわらず、栄養障害のリスクがある高齢者が多く認められ、栄養状態が悪化していても見過ごされている可能性が示されている。さらに高齢者自身が低栄養リスクに対する認識が低いのが現状である。

そこで在宅高齢者の低栄養予防に最も良いのが配食サービスである。毎日30品目の食材を満たし、高たんぱくの食事を適切に摂ることは簡単なことではない。配食サービスを利用することで、低栄養リスクの軽減につながる。そして、できれば1品は自分の好みのものを自分で料理して添えてほしい。高齢になると料理をすることが億劫だ。だからスーパーのお惣菜でよい。

一方、何らかの病気を発症して入院すると、一部を除いてまったく同じ食事が提供される。患者は入院した時には衰弱しており、食欲も落ちている。健康な時は自由に好きなものを食べていたのに、入院した途端に食欲も無い状態で、自分の食べたくないものでも食べることを強要される。低栄養の高齢患者には体力も気力も無い。「何か食べたいものはありますか」と聞いても、ほとんどの患者は「何も欲しくない」と言う。しかし「苺は?」「刺身は?」などと具体的に尋ねると、一瞬の間をおいて「それなら食べようか」と言ってくれる。そこで、好みの食材を買ってきて患者に出すと、食べてくれることが多い。こうして数日間、患者の食べたいものを給食に追加して提供すると、だんだんに食べてくれるようになり、入院の原因となった病気も快方に向かう。

人間は適切な栄養を摂取しなければ生きていくことはできない。医学的治療はとても重要だが、栄養が体内に入らないと、治療に逆らって病状がどんどん悪化してしまう。栄養の適切な摂取を第一に考えるべき対策である。

S2-2

ICTを活用した在宅高齢者の栄養・食生活支援

愛媛大学医学部附属病院 栄養部部长

利光 久美子

京都大学医学部附属病院 疾患栄養治療部

幣 憲一郎

日本電気株式会社 社会保障ソリューション統括部

菱山 毅

令和3年度介護報酬改定において、自立支援・重度化防止の取組の推進が大きな柱として取り上げられた。高齢者の自立支援・重度化防止が近々の課題であり、その基本対策としての低栄養の予防・改善は重要な要素の一つとなる。高齢者は、慢性的な疾病や加齢に伴い衰える身体機能、経済的困窮や独居などの居住形態による社会的要因やストレスなど、様々な影響を受ける。低栄養はそれらによって食欲低下や食事摂取量の減少、栄養が偏った食事に繋がることで生じる可能性が高く、食事量が減れば体力も減少するため、活動量も減りさらに食欲低下となり低栄養を招く。近年の報告においても、在宅サービスを利用している要介護高齢者の約4割において、また地域で自立した生活を送る高齢者の約2割が低栄養傾向との報告がある。低栄養予防・改善のためには、日々の食生活の影響が大きいことから、栄養専門職による直接的な支援に加え、本人や家族、介護職等による食生活の把握や改善が求められる。

本調査研究は主に、①通所サービスや居宅サービスを利用する要介護高齢者、②地域で自立した生活を送る高齢者を対象とし、ICTを活用した簡易なツールを用い、本人や家族、介護職等による食生活の把握や改善を図るとともに、特に栄養改善が必要な者を早期に発見して栄養専門職につなげることで、在宅における自立支援・重度化予防対策が向上し、高齢者個々人が、その人らしい生活の維持に繋がれることを目的として、検証を行った。具体的には、ICTツールを活用することに協力が得られた10団体に配布し、2回の回答期間を設定のうえ、高齢者に利用いただくことで、①対象者が自身の栄養状態を把握できるか、②対象者の食生活や栄養に対する意識を変えることができるか、③対象者の食生活や栄養状態が改善するか、について調査を行った。1回目の回答期間は、2022年10月17日（月）～2023年2月12日（日）とし、1,862件の回答が収集できた。2回目の回答期間は、2023年1月16日（月）～2023年2月12日（日）とし、375件の回答が収集できた。収集した2,237件の回答について、データクレンジングを行ったうえで分析した。その結果、年齢・性別・介護度などの属性を問わず幅広い高齢者が、栄養状態を把握することや、食生活や栄養に対する意識を向上させることにおいて、ICTツールは非常に有効であることが確認された。

栄養状態についても推定摂取栄養量やスクリーニング値において、改善の傾向が確認され、ICTツールは食生活・栄養改善について、期待できるものと考えられた。

本調査研究では、ICTツールについて、高い有効性が確認されたものの、操作性を中心に課題が残されたが、高齢者個々人が、その人らしい生活の維持できる社会を実現するためにも、引き続き、ICTツールそのものの改善や、食生活改善のための体制づくりを研究していく必要があるものとする。

S2-3

「人生100年時代、膀胱も100年時代」 ～夜間頻尿は健康寿命を短くする～

南高井病院 院長
西尾 俊治

人生100年を健やかに過ごすためには排泄が重要である。排尿トラブル、特に夜間頻尿があると健康寿命が短くなることをご存じでしょうか？

わが国では40歳以上の男女4500万人以上が夜間頻尿である。夜間頻尿ガイドライン(日本排尿機能学会・日本泌尿器科学会 編集)によると夜間頻尿により健康寿命が短くなり、夜間の排尿回数の増加とともに転倒・心疾患(冠動脈病変による)のリスク、死亡率も高くなるとされており軽視できない。

排尿回数は1日の尿量と膀胱容量(大きさ)で決定される。「夜間頻尿」には大きく分けて2つのパターンがある。

「第1パターン」は昼3回、夜6回と主に夜の排尿回数が多いタイプ。夜の尿量が多いことが原因。原因として飲水量が多い、塩分摂取量が多い、心不全、睡眠時無呼吸症候群、睡眠障害が考えられる。高齢者になると昼間1回、夜6回という夜間頻尿もよく見られる。昼の尿量が少なく、就寝してからの尿量が多いことが原因である。決して1日の飲水量が多いわけではない。このような症例では下肢の浮腫を認めることが多い。低栄養状態の可能性もある。夜の飲水量や塩分摂取控えることから始める。高齢者であれば夕方の散歩も有用。下肢に浮腫があればデイサービスにおける運動および下肢の挙上・下肢マッサージ機器の利用により夜間頻尿が著明に改善することがわかってきた(当法人での取り組みと結果をご紹介します)。

「第2パターン」は昼10回、夜5回と昼夜ともに頻尿のタイプ。多くは膀胱容量が小さい(150ml以下)のが原因。原因として生活習慣病による膀胱の硬化、前立腺肥大症(男性)が考えられる。女性では尿失禁のために膀胱に尿を貯められない(切迫性尿失禁)ときに見られる。改善方法として生活習慣病をなるべく早期に改善させること、女性では肥満の解消、骨盤底筋トレーニングが有効である。前立腺肥大症・尿失禁治療薬の早期内服もおすすめである。

上記の2つのパターンに共通するのがフレイルである。頻尿・尿失禁はフレイルのマーカーであると言われる。フレイルの人は頻尿・尿失禁の頻度が高い(60%以上)。低栄養状態も見逃してはならない。サルコペニア(筋力の低下)では腹圧性尿失禁、低活動膀胱(膀胱の収縮力低下)をきたす。高齢者の排尿障害では転倒、尿路感染症、皮膚トラブル、心理社会的影響、QOL低下をきたしフレイルになりやすくなる。これをウロフレイル(吉田正貴氏 提唱)という。フレイルと排尿障害が悪循環となって健康寿命が短くなる。

夜間頻尿は生活習慣病およびフレイルの兆しと捉えて積極的に年齢を問わず改善すべきである。「人生100年時代、膀胱も100年時代」、健やかに過ごすためのコツを見つけましょう。

鼎談

女性リーダーが語る慢性期医療の未来

- ◆日 時：10月20日（金） 8:30 ～ 9:40
- ◆座 長：橋本 康子 日本慢性期医療協会 会長
- ◆演 者：橋本 康子 千里リハビリテーション病院 理事長
天野 純子 医療法人ハートフル 理事長
室谷ゆかり 医療法人社団アルペン会 理事長

鼎談 略歴

座長・演者

橋本 康子（はしもと やすこ）

日本慢性期医療協会 会長
医療法人社団和風会 理事長
社会福祉法人徳樹会 理事長
社会福祉法人福寿会 理事長
医学博士

■ 略歴 ■

名古屋保健衛生大学（現 藤田医科大学）医学部 卒業
香川医科大学（現 香川大学医学部）第1内科教室 入局
米国インディアナ大学腫瘍学研究所 勤務
医療法人社団和風会 橋本病院 勤務
医療法人社団和風会 理事長 就任
医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 開設
医療法人社団和風会 千里リハビリテーションクリニック東京 開設

日本慢性期医療協会 会長
慢性期リハビリテーション協会 会長
全国抑制廃止研究会 幹事
香川県抑制廃止研究会 会長
香川県女医会 会長
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 委員
厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 介護分野の文書にかかる負担軽減に関する専門委員会 委員
日本地域医療学会 理事
新型コロナウイルス感染症対応人材ネットワーク運営委員会 委員
病院薬剤師を活用した医師の働き方改革推進事業 協議会委員
日本地域包括ケア学会 理事
在宅医療政治連盟 顧問

演者

天野 純子（あまの じゅんこ）

医療法人ハートフル 理事長

■ 略歴 ■

東海大学医学部卒。1987年広島大学医学部附属病院（第1外科）入局。1993年アマノ病院（現 アマノリハビリテーション病院）開設・院長就任。1996年医療法人フェニックス（現 ハートフル）設立・理事長就任。

日本医師会産業医、義肢装具等適合判定医師、日本リハビリテーション医学会認定医・専門医・指導医、日本病院総合診療医学会総合診療医、総合診療専門医特任指導医

室谷 ゆかり (むろたに ゆかり)
医療法人社団アルペン会 理事長

■ 略歴 ■

1996年	日本大学医学部卒
1997～2001年	東京都老人医療センター（現：健康長寿医療センター）研修
2001～2004年	つくしんぼ大山診療所（在宅療養支援診療所）勤務
2004～2006年	初台リハビリテーション病院勤務
2006～2008年	室谷病院勤務
2008年	アルペンリハビリテーション病院院長就任
2013年	現職

鼎談

女性リーダーが語る慢性期医療の未来

千里リハビリテーション病院 理事長
橋本 康子

2000年の介護保険導入以来、65歳以上の高齢者の増加率より要介護者などの寝たきり老人の増加率の方が上回っている。一方で、就労人口の急減も同時に進行するため、要介護者を担う医療介護従事者が減少することにもなる。慢性期医療を含めた医療、介護業界は、これらの両面から大きな転換期を迎えている。私たち慢性期医療の提供者もこれまでと同じままではいけないのである。

当協会の会員は、経営に自由度のある民間病院等で構成されている。診療報酬などの制度面に影響を受けることはあるが、民間ならではの発想や手法でこの転換期を迎え打たなければならない。慢性期医療だからといって、性別に関係することはないかもしれないが、病院施設のリーダーが、今後の慢性期医療についてどのように考え、行動していくかについては、学ぶところが多いと思う。

私からは、医療法人社団和風会の理事長として、「気づきの医療」という理念から、橋本病院、千里リハビリテーション病院、千里リハビリテーションクリニック東京と、どのような病院作りを行ってきたかを紹介したい。その後、お二人の先生の考えを伺い、会場の皆さんと一緒に慢性期医療にはどのような未来が描けるのか、ぜひ建設的な意見交換を実施したいと考えている。

鼎談

慢性期医療の在り方について考える ～ある女性の症例報告を通して～

医療法人ハートフル 理事長
天野 純子

日本の平均寿命は男女ともに80代を超えた。近隣の国々、中国では男性75.5歳、女性は81.5歳（2020年）韓国では男性77.0歳、女性は83.8歳（2010年）と高齢化が進んでいる。世界的にも高齢化が進行しているといえよう。この超高齢化社会の中で、私たちはどのように生きていくべきなのであろうか。たとえ高齢となっても、住み慣れた場所で、自分が「生きていてよかった！」と思えるような人生を送りたいと思う。

私たちの法人は、リハビリテーション医療・ケアを提供しているが、法人のミッションとして、「関わる人たちが住み慣れた場所で、自分らしい人生が送れるように支援する」としている。リハビリテーション、特に地域リハビリテーションが慢性期の医療として重要であると考えている。

地域リハビリテーションとは、以下のように定義されている。

「障害のある子どもや成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保険・医療・福祉・介護および地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力をし合って行う活動のすべてを言う。」（日本リハビリテーション病院施設協会）

「リハビリテーションの立場から」とあるが、リハビリテーションとはどのように定義されているのであろうか。WHO（世界保健機構）によれば、「能力低下や社会的不利を改善し、障がい者の社会的統合を達成するための、あらゆる手段を含む」とある。

「そのひとらしくいきいきとした生活を送る」ためには、「そのひとの持つ能力の低下や社会的不利をできる限り改善する必要がある」と言える。

近年、機能や能力の障害に対するアプローチには目覚ましいものがあると実感する。ICTやAi、VRをはじめ様々なテクノロジー、低侵襲でミニマムの手術や痙縮の治療などである。

今回、私が世界で最も尊敬する医師であり、私の母親でもあるひとりの女性の経験を紹介したいと思う。彼女は変性側弯を発症し、腰椎の根症状を併発した。腰痛と下肢痛のため、歩行もままならなくなり、彼女が生涯継続したいと望んでいた診療が困難となっていた。彼女はPIPI（Percutaneous transpedicular Intervertebral vacuum PMMA Injection）という治療を受けることを望み、その手術を受けた。その結果、彼女の症状は改善し、リハビリテーションによって筋力も回復。彼女は診療に復帰し、本年6月3日に急逝するまで診療を続けることができた。まさに彼女が望んでいた通り、生涯現役を貫いた。最高の人生であったのではないだろうか。それはまさに私が理想とする慢性期医療の在り方であると思う。彼女を症例として提示し、PIPIという治療を紹介し、慢性期医療の在り方について話をしていきたいと思う。

鼎談

時代に負けず、仲間と共に

医療法人社団アルペン会 理事長
室谷 ゆかり

長年保育の現場に携わった方から、「子育てにおいて、女の子は母性があり、年々強くなるから放っても大丈夫。男の子は正義のヒーローが好きな、不純なことを考える宇宙人だから、試練が必要。」と言われたことがある。本来、事業を行うことは、女性なのか、男性なのかというジェンダーの問題はないはずだが、大きな夢を描いて突き進んでいかれる男性経営者がおられる一方、医療や福祉における女性経営者は、自分が困った人や事柄に出会ったのを起点に、『もし自分なら』の視点で、現実的で母性ある運営を目指している感じがする。

私たち法人は、祖父が町医者→長期療養増加で老人病院開設→介護の必要増加で特別養護老人ホーム(特養)・軽費老人ホーム開設→個別ケアを求めユニットケア特養・認知症対応型通所介護・事業所内託児所増築→自己選択・自己決定の夢のみずうみ村式デイサービス開始→老人病院を回復期リハビリテーション病院に転換・新築移転→お互いを知り合う多世代支援施設(介護・保育・障害)開設→障害のあるお子さんや中途障害の方が働く練習ができる障害就労支援施設開設と、迫られた生活課題に対し、場作りを進めてきた。

しかし、身体拘束なしでアクシデントを防ぐため、夜勤帯に回りハ病棟の全室個室の長い動線を走ってくれていたスタッフが、「先生、私も頑張るけど、持たんかもしれん」とポツリと言ったとき、本当に申し訳なくなった。転倒時の衝撃を抑えるジョイントマットを居室に敷き詰め、眠りを把握するセンサーも全室に入れた。ようやく夜勤の負担を減らせてきたと思った頃、コロナウィルスクラスターが発生。感染対策に追われる間に、静かにスタッフ不足が進行し、徐々にケアやそこにあるはずの思いも弱まったことに気づけなかった。

スタッフ不足で夜勤が動かなくなる寸前まで来て、外国人スタッフの応援を求めることとなった。なんとか半年でインドネシアの看護大学卒の学生さん方が来てくれた。だが今度は勤務シフトがギリギリで夜勤専従を置くくらいだったので、教育にどう人を割くかが課題となった。介護スタッフの提案で新たな育成の仕方を試み、4ヶ月で夜勤が可能となって、夜勤専従も終了の目途がついた。加えて、腰痛のスタッフが増えていたこともあり、小柄なインドネシアスタッフの身体負担を考え、リハの努力で、入浴や移乗にリフトやスライディングボード・シートを導入し、使いにくさも分析できた。

本来おめでたいはずのスタッフの結婚や妊娠にもドキッとするのはおかしい。

今後目指すところは、再びいいケアを取り戻すこと。人がいないことで、お互いの思いやりがなくならないよう、様々なトライアルを行い、対策を速やかに汎化していきたい。女性は生理や出産など、理不尽な痛みを受け入れるためか、理不尽さに耐性があり、守るべきものがあるとしぶとく引かない。この時代の理不尽さに負けず、仲間と共に大切なものを守っていかれたらと思う。

シンポジウム3

Well Beingを目指した予防～その③ 災害～

- ◆日 時：10月20日（金） 9:50 ～ 11:50
- ◆座 長：木戸 保秀 第31回日本慢性期医療学会 学会長
- ◆演 者：中村 正善 株式会社JINRIKI 代表取締役社長
栗原 正紀 長崎リハビリテーション病院 理事長／JRAT 代表
安藤 正夫 金上仁友会 金上病院 理事長・院長
木戸 保秀 松山リハビリテーション病院 院長

シンポジウム3 略歴

座長・演者

木戸 保秀 (きど やすひで)

第31回日本慢性期医療学会 学会長
松山リハビリテーション病院 院長
慢性期リハビリテーション協会 副会長

■ 略歴 ■

1988年	東海大学医学部卒業
1989年	東海大学医学部附属病院研修
1991年	鶴巻温泉病院勤務
1992年	東海大学大磯病院 リハビリテーション科勤務
1995年	東海大学医学部助手
	茅ヶ崎新北陵病院 リハビリテーション科勤務
1997年	医療法人財団 慈強会 松山リハビリテーション病院 勤務
2006年	医療法人財団 慈強会 理事長
2008年	医療法人財団 慈強会 松山リハビリテーション病院 院長

日本リハビリテーション医学会専門医

主な役職

日本慢性期医療協会 常任理事
日本リハビリテーション医学会 代議員
日本リハビリテーション医学会 中国・四国地方会 理事
日本医療マネジメント学会 評議員
愛媛県高次脳機能障害支援連絡協議会 会長職務代理者
愛媛県老人保健施設協議会 副会長・理事
社団法人全国老人保健施設協会 代議員
日本高次脳機能障害学会 代議員

演者

中村 正善 (なかむら まさよし)

株式会社JINRIKI 代表取締役社長

■ 略歴 ■

東京都渋谷区出身

世界初、けん引式車いす補助装置「JINRIKI」の開発者

2011年3月の東日本災害をきっかけに「少しでも人の命を救いたい」という強い思いから、予てより発想していたJINRIKIを商品化するために脱サラをし、株式会社JINRIKIを設立、商品開発も営業も福祉

も全くの未経験の世界に挑戦。

その開発されたJINRIKIは、車いすユーザーの行動範囲を広くし、災害時における避難に優れた効果を発揮、最小限のバリアフリー対策で済む事からの環境保護、との評価から、日本発明大賞、福祉機器コンテスト最優秀賞、WBSトレンドたまご年間大賞等数々の賞を受賞、更に内閣府より防災製品等推奨品として評価を受け、現在JINRIKIを前提とした国際安全基準を創る経済産業省の委員会が発足した。

特許関係においても国内特許は基より国内各種特許、更には国際特許（PCT）を取得、欧米諸国はじめ世界的な特許も取得している。
（世界で中村しか持っていない特許である）

全国のテレビ出演や新聞、雑誌等で紹介され、インドのニューデリーで行われた、DPI（障害者世界会議）にも招待されて、JINRIKIを使った観光と防災対策のテーマで単独のプレゼンを行った。

現在は、株式会社JINRIKIの代表取締役社長の他、公的な団体や委員会等の役職も多く務めている。

栗原 正紀（くりはら まさき）

長崎リハビリテーション病院 理事長／JRAT 代表

■ 略歴 ■

1978年長崎大学医学部卒業後、同大学医学部附属病院脳神経外科学教室に入局。1990年長崎大学脳神経外科講師、その後、長崎市内の老舗の救急病院である十善会病院の脳神経外科部長として赴任。1999年同病院副院長を歴任。この間、長崎実地救急医療連絡会をたちあげ救急医療システムの構築を、また長崎斜面研究会の初代代表として地域リハビリテーション、まちづくりなどに参画し、2001年から近森リハビリテーション病院院長として5年間勤務、2006年6月末院長職を辞し、社団法人是真会理事長就任。2008年2月長崎リハビリテーション病院（143床、3つの回復期リハビリテーション病棟を有す）を開設（同院長）。2020年4月より院長を辞し、一般社団法人是真会理事長。

現在に至る。

役職

- ◎日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT） 代表理事
- ◎全国リハビリテーション医療関連団体協議会 代表
- ◎日本リハビリテーション病院・施設協会 名誉会長
- 長崎大学医学部医学科（総合診療）臨床教授
- NPO地域の包括的医療を考える研究会 理事長
- 日本病院会 理事・長崎支部長
- 長崎回復期リハビリテーション連絡協議会 代表世話人
- 長崎県の包括的な地域医療を考える研究会 副代表
- 長崎県医療審議会 委員
- 長崎県保健医療対策協議会 委員
- 長崎県脳卒中検討委員会委員
- 長崎県・市地域包括ケア推進協議会委員

著書

「救急車とリハビリテーション」 荘道社 1999

「続・救急車とリハビリテーション」 荘道社 2008

「救急車とリハビリテーション③ 地域包括ケアとリハビリテーション」 へるす出版 2019

安藤 正夫 (あんど う まさお)
金上仁友会 金上病院 理事長・院長

■ 略歴 ■

1986年	弘前大学医学部卒業
1986年	東北厚生年金病院（現東北医科薬科大学病院）内科・麻酔科研修
1988年	仙台市医療センター仙台オープン病院消化器内科
1996年	JR仙台病院消化器内視鏡センター
2002年	医療法人金上仁友会金上病院副院長
2007年	同上院長 医療法人金上仁友会理事長

学位取得 東北大学第3内科

日本慢性期医療協会理事
東北地方慢性期医療協会会長
日本消化器がん検診学会代議員
日本大腸検査学会評議員
日本消化器病学会東北支部評議員
日本消化器内視鏡学会東北支部評議員
認定産業医
The Best Doctors in Japan（大腸内視鏡）

S3-1

避難を、命をあきらめない！ ～バリアフリーからバリアパスへ～

株式会社JINRIKI 代表取締役社長
中村 正善

私には4才下の弟がいましたが、生まれて間もなく小児麻痺となり車いすが必要となりました。そして車いすは前輪が引っ掛かり、階段や段差はもちろん悪路に行くことも走ることも難しいことは身をもって実感していました。

しかし弟は14才で他界をしてしまいそれ以降は車いすとは無縁の生活を送っていた中で、2011年の東日本大震災で約2万人の犠牲者が出てしまいました。そしてその多くが津波による被害で、避難の難しさを表すものとなってしまいました。特に障がい者や高齢者、小さな子供、妊婦、病気やけがで闘病中の方等の避難困難者やその方の近くにいた人々は走っての避難が難しく、残念ながら犠牲となってしまったことを知りました。

当時は国内外から救助隊やボランティアも駆けつけ、多くの方々が救助や復興に向けて協力をしました。私も何かしなくてはならないと強く思い、今後発生するかも知れない余震の際に、以前から持っていたアイデアを形にすれば一人でも人の命を救う事が出来るかもしれないと思い、1ヶ月後に脱サラをし商品の開発に取り掛かりました。

その開発した商品は車いすのけん引装置ですが、それを車いすに取り付けることにより、前輪が軽く持ち上がり、これまで車いすが走行できなかった、がれきや土砂、急坂、階段まで走行が可能となります。原理は至って簡単で「テコの原理」を利用して前輪を持ち上げて、走破力のある大きなタイヤを利用し引っ張って走行する方法です。同じような働きとしてリアカーがあり、一部の自治体では以前から行っている方法です。

何故こんな単純な商品が無かったのか不思議なくらい単純なものですが、その要因は単純な構造の車いすが世界的に普及したためにバリエーションが多くなり、汎用的に取り付ける方法が難しくなったためだと推測しています。そして唯一汎用的に取り付ける方法を考案し商品化することができたのが私だったのでした。

前職の経験上パテントの重要性を認識していたため特許の取得を重視、その後国内特許はもちろんPCT（世界特許）を取得、当初は世界初でしたが現在は類似の商品も複数出てきており、その効果を認めて導入する自治体も徐々に増え、更には国も必要性和安全面を重視して経産省がJIS規格制定の委員会を発足、まもなく安全基準が担保された要配慮者の避難を可能とする方法が広がるものと思われます。

これにより「避難をあきらめない！」が可能となります。「一人のあきらめ」が多くの人の避難を遅らせ被害の拡大につながります。昨年はロシアのウクライナ侵攻による被害で多くの高齢者や障がい者が避難できず国内に留まることを余儀なくされました。その人々の避難を可能にする世界で唯一の方法として、6月と9月に渡航し合計約500台を届けましたが、まだまだ数が足りず今後も支援を続けていく努力をしています。

また災害時の避難だけでなくバリアフリー対策としても環境破壊をせず費用も掛からない有効的な方法として、高齢者や障がい者の日常生活の支援や観光事業での活用など幅広く使用して頂くようになります。これは同時に障害者差別解消法、災害対策基本法の個別避難計画、自然公園法、世界遺産登録基準などの順守にもつながるため、更に多くの方に知ってもらい使ってもらおうよう努力します。

S3-2

日本災害リハビリテーション支援協会JRATの役割

長崎リハビリテーション病院 理事長／JRAT 代表
栗原 正紀

災害は突然の環境因子の破壊によって、被災者の生活の破綻をもたらす。その結果、被災者は命が助かってでも参加・活動の場・機会を喪失してしまう。劣悪な環境下での避難所生活では生活不活発病(preventable disability)となり、基礎疾患の増悪や新たな疾病の併発によって心身機能・構造の悪化が起これ、遂には災害関連死(Preventable disaster death)となってしまう(WHO生活機能分類ICFの観点から)。

JRAT(日本災害リハビリテーション支援協会)は東日本大震災(2011年)におけるリハビリテーション関連10団体の組織的支援活動の経験を基に2013年に再編成された大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会の活動を経て、13のリハビリテーション関連団体が基盤となり、一般社団法人化・設立に至った(2020年)。この間も全国規模での組織化を推進すると共に、熊本地震災害をはじめとして台風・豪雨・土石流災害等の種々の支援を行ってきた。

全国の組織化と人材育成として各都道府県に地域JRATの設立を推進(地域JRAT組織化推進委員会)し、全国を6つのブロックに分け、ブロック会議によって互いの情報交換を行うと共に発災時には互いに支援し合う関係作りを目指すと共に、発災時の即応チームRRT(Rapid Response Team)等の養成(企画研修委員会)を全国規模で行っている。

JRAT活動の視野には主に避難所から仮設住宅そして被災地での生活支援が包括され、地域リハビリテーション活動に引き継がれることを目標としている。

具体的支援活動としては避難所環境整備、要配慮者のリハビリテーショントリアージ、生活不活発対策、リハビリ医療資材等(福祉機器)の適時・適切な供給、避難生活での役割、活動、参加等の提案を行う。更に、平時には災害リハビリテーション支援に資する人材育成や行政・医師会・他の支援組織との連携構築そして地域防災組織・地域自治会・民生委員等との関係作りなどを重視している。

地域包括ケア時代、互いに支え合う地域づくりの中に地域住民を主体者とした避難所自主運営訓練等を通して災害時には自分達で地域を守るという思いを共有し、災害に強靱な地域づくりを目指したいものである。

◆災害リハビリテーションとは“被災者・要配慮者などの生活不活発病や災害関連死等を防ぐためにリハビリテーション医学・医療の視点から関連専門職が組織的に支援を展開することで、被災者・要配慮者などの早期自立生活の再建、復興に資する活動の全てをいう”(JRAT定義)。

◆地域JRATは都道府県単位で組織化されたもので、その都道府県を代表して、平時には災害リハビリテーションチームの育成、関係各機関・団体との連携強化および地域住民への教育・啓発など、防災・減災活動を実施するとともに発災時には組織的かつ直接的支援を行う核となる。

S3-3

東日本大震災からみた地域医療・介護の災害予防 ～当法人における経験を中心に～

金上仁友会 金上病院 理事長・院長
安藤 正夫

医療機関における災害予防を考える時、その視点は行政規模や施設規模などによって様々である。本シンポにおける私の使命は、体系的あるいは概論的にこれらを述べるのではなく、東日本大震災を実際に肌感覚で経験した立場から、参加者にとって少しでも役立つ情報やヒントを、具体的に、15分という限られた時間内で発信することと理解している。

2011年3月11日午後2時46分。私は内視鏡室で高齢女性の大腸ポリープ切除のためにスコープを挿入し始めた所だった。突然凄まじい揺れが起こり、一向に収まる気配がない。小柄な患者さんは検査台から振り落とされそうになり、それを3人がかりで必死に抑えた。

雪も降る季節に電気・水道・ガスが長期間ストップし、通信・交通・各種物資輸送は途絶えた。大小の余震が頻発して続き、4月7日には余震で再断水となった。心も体も皆ダメージが蓄積した。

発表では、地域多機能の医療・介護を担う民間病院での震災経験に基づく災害予防を中心に話すが、ここではまず、感じた課題の主なものについて触れておく。

スタッフに関しては、当日帰宅できない職員が多く発生した。鉄道は停止したし、道路事情の不明な中、照明や信号のない夜道の運転は極めて危険であった。彼らの食料の確保は想定していなかった。翌朝からは出勤できない職員が多数となった。海沿い在住の被災職員はもとより、数日後からはガソリン不足で出勤できないスタッフが急増していった。また、多くの医師が毎日仙台市から来院するが、誰一人出勤できず、約2週間、角田在住の私と副院長と極めて限られた職員で約230名の入院・入所者および200名を越す外来患者、断らないQQ車に24時間対応した。

在宅酸素の患者さんが電源をとれず大勢入院したが、これを含め医療用自家発電の燃料に不安が伴った。通電するまでは暖房のために湯たんぽなども利用したが、湯を沸かす燃料入手も困難であった。その他薬剤・食材の確保は困難で、食器も洗えないためにラップを敷いて使い回した。

通信が途絶えたために法人外との情報共有が極端に制限。自転車で市内医療機関を回り被災状況など直接確認した。避難所への訪問も当初は自主的に行われた。行政との連携は十分と言えず、医療機関の状況把握をほとんどしない行政に業を煮やし、現状を文書化して届けた。行政も混乱しており、当方からのアプローチの重要性に気付いた。

市民への医療機関の情報提供も大きな課題であった。復旧したテレビで各医療機関情報が流されたが、出鱈目が多かった。マスコミは行政からの情報というが、行政は情報をきちんと収集していない。当方からマスコミ各社に直接最新情報を提供し続けた。

当時当院は電子カルテ導入前で紙カルテであった。サイバー攻撃という災害への予防は近年最重要化しているが、津波発生地区では、紙カルテを含め患者情報が流されたりして消失したことが大きな課題となった。MMWIN（みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会）が発足し、情報の共有やバックアップ体制構築が進められてはいる。また、原発事故に伴う大勢の入院・入所者の非難においては多くの課題を残した。発表ではこれらに関しても触れつつ、多岐にわたる事項をなるべく整理してお伝えしたい。

S3-4

「天災は忘れた頃にやってくる」 災害への対応力とは (災害に対するリスクマネジメント)

松山リハビリテーション病院 院長
木戸 保秀

天災は忘れた頃にやってくる「文明が進むほど天災による損害の程度も累進する傾向があるという事実を十分に自覚して、そして平生からそれに対する防禦策を講じなければならないはずであるのに、それが一向に出来ていないのはどういう訳であるか。その主なる原因は、畢竟（ひっきょう、つまる所）そういう天災が極めて稀にしか起らないで、丁度人間が前車の転覆を忘れた頃にそろそろ後車を引き出すようになるからであろう」、高知県出身の物理学者である寺田寅彦の言葉である。

こんなに度々繰り返される自然現象ならば、何故未然に防ぐ事ができない。

人間界の人的自然現象なのか、学者の立場から「うかうかしていると言うのはそもそも不用意千万」、罹災者の側からすると「何故津波の前に間に合うように警告を与えてくれないのか」、37年経つと津波を調べた役人、科学者、新聞記者は大概もう故人となっている。

津波に懲りて、初めは高い処だけに住居を移していても、5年経ち、10年経ち、15年20年と経つ間に、やはりいつともなく低い処を求めて人口は移っていく。風雪と言うものを知らない国なども同様である。夜は24時間毎に繰り返されるが、約50年に一度、しかも不定期に突然に夜が廻り合わせてくるのであったら。

個人が頼りなくて、では政府の法令で永久的な対策は建てられるだろうか、国は永続しても政府の役人は百年後には必ず入れ代わっている。災害記念碑も道路改修や市区改正の行われる度に、おしまいにはどこの山蔭、竹藪の中に埋もれないとも限らない。

自然の記憶の覚書、自然は過去の習慣に忠実である。頑固に、保守的に執念深くやってくる。

国家を脅かす敵として天災ほど恐ろしい敵はないはずである。

災害時に地域包括ケアシステムは機能できるか。阪神・淡路大震災において災害時における高齢者支援の重要性が認識され、様々な取り組みがなされてきた。しかし、東日本大震災においても福祉避難所は機能せず、一次避難所の被災高齢者への支援にも時間を要した。仮設住宅や復興住宅の建設も住宅の確保が優先された。西日本豪雨災害支援から見えた地域高齢者（障がい者）支援の問題点として、少子高齢化、人口減少が進む地方では要介護度の高い者より在宅生活を送る要支援者や判定が出ない虚弱老人（障がい者）に対する支援体制が非常に難しい。即ち、本来の地域包括ケアシステムだと中学校区のはずだが、実際はとても広く且つアクセスが非常に悪い。災害時には容易にライフラインが途絶し、復旧も非常に時間を要する。その中心的な役割を担う地域包括支援センターや各種相談窓口自体の数が少ないだけでなく、スタッフも不足している。また、その設置主体者である市町村での指導体制も脆弱な地域が少なくない。自治体や行政だけでなく、医療や介護の支援体制においても縦割りの、地域連携としての課題は少なくない。

日本介護医療院協会セミナー

介護医療院の現在と未来、好事例の紹介

- ◆日 時：10月20日（金） 13:00 ～ 14:10
- ◆座 長：鈴木 龍太 日本介護医療院協会 会長
- ◆演 者：鈴木 龍太 医療法人社団三喜会 理事長／鶴巻温泉病院 院長
猿原 大和 介護医療院湖東病院 理事長

日本介護医療院協会セミナー 略歴

座長・演者

鈴木 龍太 (すずき りゅうた)

日本介護医療院協会 会長

医療法人社団三喜会 理事長／鶴巻温泉病院 院長

略歴

学歴・職歴

1977年3月	東京医科歯科大学医学部卒業
1977年4月	東京医科歯科大学脳神経外科 研修医 入局
1980年1月	米国 National Institutes of Health (NIH) NINCDS Visiting fellow
1995年4月	昭和大学藤が丘病院脳神経外科 助教授 (准教授)
2009年9月	医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院 院長
2015年6月	医療法人社団 三喜会 理事長兼務
現在に至る	

学会・資格等

学位 医学博士 東京医科歯科大学第09号 (1984年10月17日)

1983年7月	社団法人日本脳神経外科学会 専門医
2007年3月	日本リハビリテーション学会 専門医 指導医
2011年6月	日本慢性期医療協会 理事
2012年6月	日本リハビリテーション病院・施設協会理事
2014年6月	神奈川県慢性期医療協会 会長
2018年6月	日本慢性期医療協会 常任理事
2018年8月	日本介護医療院協会 会長
2019年4月 - 2023年3月	湘南西部病院協会 会長
2019年6月	神奈川県病院協会 常任理事

演 者

猿原 大和 (さるはら ひろかず)

医療法人社団和恵会理事長
介護医療院湖東病院 理事長

■ 略歴 ■

職歴

2002年3月	東京医科大学卒業
2002年5月	東京医科大学研修医
2003年4月	東京医科大学第2内科(循環器内科)入局
2004年4月	東京都老人医療センター(東京都健康長寿医療センター)循環器科
2007年4月	東京医科大学循環器内科研究医
2010年4月	医療法人社団和恵会湖東病院
2015年7月	湖東病院院長
2018年4月	医療法人社団和恵会理事長

学歴

2012年	医学博士号取得 Obstructive sleep apnea as a potential risk factor for aortic disease
-------	--

専門資格

日本循環器専門医
日本内科学会総合内科専門医
日本内科学会認定内科医
在宅医療認定医
日本医師会産業医
認知症サポート医

日本介護医療院協会セミナー

介護医療院の現在と未来、好事例の紹介 主旨

日本介護医療院協会 会長
鈴木 龍太

介護医療院は介護療養病床の廃止による入院患者の受け皿として2018年に創設されて以来、2023年3月末には764施設、45220床となっている。2022年度末には介護療養病床は約6000床、医療療養経過措置は約2500床残っていると考えられるが、廃止まではカウントダウンの状況に入った。日本介護医療院協会は毎年アンケート調査を行い、介護医療院の現状と課題の把握をしている。例年介護医療院は総合的に良かったと回答する施設が70%前後あり、介護医療院の創設は概ね成功していると考えている。最近では介護医療院は、「病院と介護施設の狭間にある、どちらも受けにくい方の最後の砦になっている。」との意見を聞くことが多く、地域包括ケアシステム、地域医療構想に貢献しているものと自負している。

今回のセミナーでは2023年度の日本介護医療院協会調査の結果を踏まえて、現状と課題、そして、2024年の介護報酬改定の方向性を論ずる。また好事例として湖東病院から「病院併設でない独立型介護医療院の課題と工夫」を発表していただく。

日本介護医療院協会セミナー

介護医療院の現在と未来 日本介護医療院協会調査結果から

医療法人社団三喜会 理事長／鶴巻温泉病院 院長

鈴木 龍太

日本介護医療院協会は毎年アンケート調査を行い、介護医療院の現状と課題の把握をしている。
今回のアンケート調査では医療行為が算定の可。不可で実施に差があるか？
外国人介護職の雇用はどうか？経営の状況等、新しく追加した項目もある。
今回の結果を踏まえて、介護医療院の現状と課題、そして、2024年の介護報酬改定の方向性を論ずる。

日本介護医療院協会セミナー

病院併設でない独立型介護医療院の工夫と課題

介護医療院湖東病院 理事長
猿原 大和

日本は多死社会を迎え、終末期を何処でどのように迎えるか、急増する高齢者救急にどう対応するかが社会問題になっている。介護医療院は、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・ターミナルケア」等の機能に、「生活施設」としての機能を兼ね備えた介護保険施設であり、介護医療院の活躍なくして日本の慢性期医療は成り立たない。

人口約79万人(高齢化率 28.5%)の静岡県浜松市にある医療法人社団和恵会湖東病院・湖東ケアセンターは、229床の療養ベッド有する介護医療院である。湖東ケアセンター 60床は、2018年9月に療養型(転換)老健よりI型介護医療院に移行、湖東病院169床は、介護療養病床より2020年4月にI型介護医療院へ移行した。同敷地内にあり、どちらも病院併設でない独立型介護医療院である。しかし、介護医療院ながら医療の提供には力を入れている。要介護者に多い誤嚥性肺炎や尿路感染症のたびに、転院させることやベッドを移動させることはしない。その方のお部屋で治療を行う。また、救急搬送になる者も少なく、2022年度は9件のみであった。これは、周辺の救急病院の負担軽減になっている。

高齢者救急にも可能な限り対応している。高齢者救急の約4割が軽症とされ、入院治療の必要性なしとされるが、自宅療養が困難になるケースが多い。近隣の開業医師らからも救急搬送するほどではないが自宅には帰せない高齢者などの相談が多く、連携して緊急入所対応するようになった。COVID-19の影響で緊急入所件数も減ってしまったが、2022年度も18件ほど緊急で入所対応している。

しかし、課題もある。介護保険施設では、検査・治療のほとんどが要介護度に包括した介護報酬になってしまうことだ。特に、緊急入所の場合は、通常の介護のほか、点滴や抗生剤の静注、褥瘡処置など医療資源の投入が必要で、施設負担が多いにも関わらず、要介護度が低い例が多い。地域の超高齢化に対応すべく努力しているが、苦勞だけが長く報われない。医療、介護がともに取り組まないと急増する高齢者救急には対応できないので、せめて在宅からの治療目的の入所だけでも加算が付くような大きな改定が必要と考えている。

特別シンポジウム

良質なケアがなければ超高齢社会は乗り切れない！

- ◆日 時：10月20日（金） 13:00 ～ 14:40
- ◆座 長：安藤 高夫 日本慢性期医療協会 副会長
- ◆シンポジスト：田中 滋 埼玉県立大学 理事長・慶應義塾大学 名誉教授
及川ゆりこ 日本介護福祉士会 会長
小山さおり 千里リハビリテーション病院 介護課課長
田中 志子 内田病院 理事長
- ◆共 催：日本介護福祉士会

特別シンポジウム 略歴

座長

安藤 高夫（あんど う たかお）

医療法人社団永生会 理事長、医療法人社団明生会 理事長

社会福祉法人高生会 理事長

日本慢性期医療協会 副会長

前衆議院議員

■ 略歴 ■

1984年	日本大学医学部卒業
1989年～	医療法人社団永生会 理事長
1999年～	八王子市医師会 理事
2003年～	東京都病院協会 副会長
2003年～	全日本病院協会 副会長
2006年～	日本慢性期医療協会 副会長
2017年	第48回衆議院議員選挙（自民党公認）初当選 厚生労働委員会委員 総務委員会委員 自民党厚生労働部会副部長
2018年～	東京都医師会 参与

シンポジスト

田中 滋（たなか しげる）

公立大学法人埼玉県立大学 理事長／慶應義塾大学 名誉教授

■ 略歴 ■

公立大学法人埼玉県立大学理事長（2018年～）・慶應義塾大学名誉教授（2014年～）

専門

医療経済学、医療政策・介護政策、地域包括ケアシステム論

学会

日本地域包括ケア学会理事長、日本介護経営学会会長、アジア太平洋ヘルスサポート学会理事長、日本ケアマネジメント学会理事、日本老年学会理事

現在務める主な公職

医療介護総合確保促進会議座長、協会けんぽ運営委員長など

職歴

慶應義塾大学大学院経営管理研究科助手、助教授を経て1993年教授。2014年定年退職。

及川 ゆりこ (おいかわ ゆりこ)
公益社団法人 日本介護福祉士会 会長

■ 略歴 ■

1981年4月	株式会社 豊島園
1983年4月	株式会社 西肥商事
1994年9月	医療法人社団 新光会 伊豆平和病院
1997年4月	医療法人社団 志仁会 介護老人保健施設ラ・サンテふよう
2007年8月	社会福祉法人ウェルネスケア 特別養護老人ホームいづテラス
2019年9月	株式会社 かいごラボ 代表取締役 就任

小山 さおり (こやま さおり)
医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 介護課課長

■ 略歴 ■

2004年4月	社会福祉法人天王福祉会 特別養護老人施設茨木荘
2008年	介護福祉士 国家資格取得
2008年4月	医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 回復期病棟副病棟長・特別室担当・地域連携室室長を経て2023年5月より病棟管理部介護課長に就任

田中 志子 (たなか ゆきこ)
医療法人大誠会 理事長 社会福祉法人久仁会 理事長
群馬県認知症疾患医療センター内田病院 センター長
帝京大学医学部医学教育センター 臨床教授
群馬大学医学部 臨床教授
医学博士

■ 略歴 ■

1991年	帝京大学卒業
2004年	介護老人保健施設大誠苑 施設長
2007年	社会福祉法人久仁会 理事長
2009年	群馬大学大学院修了
2010年	医療法人大誠会 副理事長
2011年	同 理事長
2023年	同 理事長・内田病院 院長

主な資格
日本内科学会総合内科専門医

日本老年医学会老年科専門医・指導医
日本認知症学会認知症専門医・指導医
日本地域医療学会地域総合診療専門医・指導医
高齢者栄養療法認定医・老人保健施設管理認定医
認知症サポート医

主な所属

沼田利根医師会理事、日本慢性期医療協会常任理事、地域包括ケア病棟協会理事、
日本リハビリテーション病院・施設協会常務理事・認知症対策検討委員会委員長、
全国老人保健施設協会副会長、日本認知症学会代議員、
日本老年医学会代議員・認知症対策小委員・広報委員
日本地域医療学会専門医制度委員、群馬県慢性期医療協会支部長、
日本認知症グループホーム協会群馬県支部理事

著 書

「ふるさとの笑顔が、咲き始める場所
～地域包括ケアシステムを実践する、とある病院のチャレンジ～」幻冬舎
「身体拘束ゼロの認知症医療・ケア」照林社
「楽になる認知症ケアのコツ」技術評論社
「高齢者栄養ケアUPDATE」医歯薬出版株式会社
「施設におけるエンドオブライフ・ケア」ミネルヴァ書房
「スーパー総合医 地域利用連携・多職種連携」中山書店
「介護福祉のための医学」弘文堂
「介護福祉士講座 ころとからだのしくみ」建帛社
「医療介護福祉士認定講座テキスト」厚生科学研究所 など多数

SS-1

医療介護連携の進展こそ地域包括ケアシステムのコア

埼玉県立大学 理事長・慶應義塾大学 名誉教授
田中 滋

改めて地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムの現時点における定義は、「日常生活圏域において、何らかの支援が必要な人々を含め、誰もが、望むのであれば、住み慣れた地域のすみかにおいて、みずからも主体的な地域生活の参加者として、尊厳を保ちつつ安心して暮らし続けるための仕組み¹」と表せる。この定義を見れば分かるように、地域包括ケアシステムの対象は要介護や要支援の高齢者に限られてはいない。医療的ケア児も、障害者も、乳幼児・児童を育てる家族も、要介護ではないがフレイル合う意はプレフレイル段階にある高齢者もすべてを包含する地域づくりの手段と捉えている。

地域包括ケアシステムは、ここ20年の間に3つの次元において…それぞれスピードは違うものの…大きな進展を遂げてきた。第一は、主としてヘルスケア分野の多職種（医療・介護・リハビリテーション・口腔・栄養等の専門職）が加わる協働・連携体制の「進化」である。第二は、日常生活と地域社会への参加支援を取り込む「広がり」である。最近の介護報酬改定でもこの視点がとりあげられるようになった。第三は、生活困窮を代表に様々な困難を抱える人々の社会的包摂を図る、共生社会づくりに役立つ「深まり」である。社会福祉分野で培われた力と、新しい互助の工夫を中心に、様々な取り組みが報告されるようになった。

介護保険制度における政策展開の事例を学ぶ

これからの政策展開を考えるために、この領域における進展の前例から学んでみよう。例として口腔・栄養分野を取り上げる。介護保険制度発足の翌年、2001年10月に公表された社会保障審議会第一回介護給付費分科会『次回の介護報酬の見直しにあたっての視点』や、2003年12月に同分科会から示された『介護報酬見直しの考え方』の頃には、まだ口腔ケアと栄養ケアへの言及がなされていなかった。隔世の感を禁じ得ない。

以後急速に、口腔機能・栄養管理を扱う専門職団体の努力や、周囲の関係者の理解が進み、口腔ケア・栄養ケアに対する介護報酬が徐々に拡充されていった。2021年の報酬改定においては、上述のようにリハビリテーション・口腔ケア・栄養ケアが特段に重視された。

このように、新しい取り組みを制度政策に入れるためには緻密な準備と作業が不可欠である。本学会では2040年を見据えた地域包括ケアシステムの展望を、医療介護連携を中心に論じてみたい。

¹ 田中滋監修・岩名礼介編著『新版 地域包括ケアサクセスガイド』2020年、メディカ出版

SS-2

多職種で創造するケアを日常生活の営みへ

日本介護福祉士会 会長
及川 ゆりこ

1. はじめに

総務省統計局が令和4年9月18日に発表した高齢化率は29.1%、高齢者人口は3,627万人と過去最多となった。総人口及び生産人口は減少、少子化も進化している状況である。

この状況下において、わが国の介護福祉分野で働く介護福祉士たちの目の前においても、認知症高齢者の増加、独居高齢者の不安、家族等による介護力の脆弱さなど、超高齢社会の現実が少しずつ表れてきている。

また、慢性的な介護人材の不足は深刻化し、介護現場における生産性の向上という言葉も使われるようになった。介護現場の業務改善、ICT介護ロボット利活用など様々な変容を求められる中、介護の質の担保を果たすべくLIFEの導入も進められている。

個別的で、多様化、複雑化している介護ニーズに対する回答は、多職種の各専門性の発揮と、関わる専門職同士の連携によって創造され、評価されていくべきと考える。

2. 介護現場の介護福祉士の役割

私たち介護福祉士の役割は、良質な介護サービスの提供を担保することである。

介護現場はチームを形成して介護サービスが提供される。特に施設における介護チームは、365日夜勤帯を含める24時間体制の中で、利用者の生活の営みを支援する。そのチームリーダーを担っているのが介護福祉士である。チームリーダーは、チームで関わる利用者のケアマネジメント、環境整備、チームメンバーの人材マネジメントなどを担っている。

現在も、5類に移行したとはいえ、新型コロナウイルス感染症への予防及び蔓延対策は継続し、さらに介護人材の確保には困難を極めている。チームリーダーは、そんな現場の介護の質の担保と、様々なマネジメント力が求められている。

3. 多職種連携による介護実践

介護現場では、医療、看護、リハビリテーション、栄養など専門的なサービスも求められている。特にLIFEの導入により介護現場のサービスが、多様化・複雑化する介護ニーズに対し、多種多様なサービスの提供の実態と、ADLの維持向上などの効果を明らかにしている。多職種による連携が多様なニーズに対して、日々の生活の営みに、安心と安全とサービスに対する満足などを提供できていると言えよう。

4. まとめ

高齢や疾病で失った身体の一部の機能や、失った記憶、失った生活に対する自信などが、多職種で創造したサービスの提供によって、改善する、維持できる、自信が回復するなどの効果を利用者は求めている。そのためにも、多職種が連携や協働することは欠かせない。

多職種連携の中で創造したサービスが、利用者の生活の営みをいつまでもその人らしい生活の継続に資するものでありたい。そのためにも、介護サービスに係る専門職の専門性を発揮した検討の機会が大切であると考えます。

SS-3

リハビリテーション介護のあり方

千里リハビリテーション病院 介護課課長
小山 さおり

【はじめに】

当院は大阪府箕面市に位置している回復期リハビリテーション病院である。病床数172床4病棟からなり、回復期リハビリテーション病棟入院料1を取得している。

病棟には看護師だけでなくPT、OT、STや薬剤師などの専門職が配置されている。その中で介護福祉士・介護士（※以下、介護職）の役割である「リハビリテーション介護」の考え方やそれらを継続的に実施するための研修プログラムや、患者ケアの状況について報告する。

【介護職の役割】

当院では令和5年7月現在、介護福祉士33名、介護士7名、計40名の介護職が在籍している。これらの介護職は「看護補助者」ではなく介護ケアのプロフェッショナルとして位置づけており、定期的なシーツ交換、居室清掃、ごみ回収などの間接介護業務は外部業者に委託しリハビリテーション介護として患者介入に集中する環境を整えている。

当院の考えるリハビリテーションは、セラピストによる1日3時間のリハビリに加え、看護・介護職が日常生活のケアとして少量頻回に関わることをセットとしている。例えばトイレ動作や入浴動作などに介護職が介入することで回数を増すごとに機能が向上することを目指すものであり、ケアの基本方針を「千里リハビリテーション病院16カ条」として定めている。また、自宅退院後の日常生活、社会生活をふまえ、個別性のあるケアを継続するためにも介護技術や知識の向上を目的に研修プログラムを実施している。

【研修プログラム】

PT ① 起居・座位 ② 起立・移乗 ③ 装具・車椅子 ④ 歩行・階段昇降

OT ① 更衣・整容 ② 入浴動作 ③ 食事動作 ④ 上肢管理・ポジショニング

ST ① 食事介助 ② コミュニケーション ③ 高次脳機能障害

CW ① 洗身・洗髪の介助・機械浴・清拭 ② 排泄 ③ 体位交換 ④ 接遇

上記内容の勉強会を毎週火曜日、1項目ずつ年間を通じてすべての項目を繰り返し実施している。講師は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士の管理職が担当し、年度末には確認テストを実施することとしている。

SS-4

身体拘束ゼロへの挑戦

内田病院 理事長
田中 志子

団塊の世代が75歳以上になり、人口の高齢化から労働力不足や医療体制の崩壊などさまざまな問題が起こるとされている2025年がすぐそこまできている。日本社会全体に影響を与える認知症を有する患者の増加に伴い、介護施設だけでなく一般病院においても身体拘束を行わないケアが政策的に推進されている。これにより、中小病院だけでなく、大学病院のような大規模の急性期病院においても、身体拘束をしない看護に取り組み出してきた。一方、当法人では20年前から身体拘束を廃止し、今日まで一貫して継続している。

身体拘束をしないで重度なBehavioral and psychological symptoms of dementia（以下BPSD）へ対応することが、看護師たちにとって大きな負担になることは言うまでもない。ではなぜ、当法人ではそれが実践できるのか。第一に、「いかに拘束をしないか」ではなく「いかにBPSDを出現させないケアを提供するか」という観点でケアの方法を考えている点が挙げられる。身体拘束をしないことはBPSDを発症させず、また早期に軽減させるための手段であり、そのような観点に基づいて個々の患者状態に適したケアの方法を多職種で検討している。第二に、認知症ケアは特別なものではなく、看護師であれリハビリであれ、スタッフならば実践して当然という組織風土を形成している点がある。BPSDの早期軽減のためには、病棟内の雰囲気作りやスタッフの一貫した対応が求められる。そのため、認知症サポートチーム(以下DST)が率先してBPSDに対応するだけでなく、現場にいるすべての職種のスタッフが適切に対応できるようサポートする役割をDSTは担っている。本シンポジウムでは、私たちが現場でどういった環境を作り、どういったケアを行っているか、事例を通じて報告したい。

地域病病連携推進機構シンポジウム

地域医療構想下における病病連携の現状と課題

- ◆日 時：10月20日（金） 14:20 ～ 16:00
- ◆座 長：小山 信彌 東邦大学医学部 名誉教授
池端 幸彦 日本慢性期医療協会 副会長
- ◆基調講演演者：上西 紀夫 地域病病連携推進機構 理事長
財団法人多摩緑成会 総長（前公立昭和病院企業長兼院長）
- ◆シンポジスト：池端 幸彦 池端病院 理事長
志田 知之 医療法人天心堂 志田病院 理事長・院長
中尾 一久 高良台リハビリテーション病院 理事長

地域病連携推進機構シンポジウム 略歴

座長

小山 信彌 (こやま のぶや)

日本私立医科大学協会 参与
東邦大学医学部 名誉教授

略歴

1972年3月	東邦大学医学部卒業
1972年4月	東邦大学医学部附属大森病院研修
1974年4月	東邦大学医学部第一外科学講座入局
1991年3月	東邦大学医学部胸部心臓血管外科学講座助教授
1995年2月	東邦大学医学部胸部心臓血管外科学講座教授
2000年7月	東邦大学医学部附属大森病院院長
2013年4月	東邦大学医学部特任教、名誉教授
2021年4月	日本私立医科大学協会 参与

座長・シンポジスト

池端 幸彦 (いけばた ゆきひこ)

日本慢性期医療協会 副会長
池端病院 理事長

略歴

所属：医療法人 池慶会 (ちけいかい) 池端病院
現職：理事長・院長

1980年	慶應義塾大学医学部卒業、同大学医学部外科学教室入局
1981年	浜松赤十字病院 外科
1982年	国立霞ヶ浦病院 外科
1983年	慶應義塾大学病院 一般消化器外科助手
1986年	池端病院 副院長
1989年	池端病院 院長 (～現在)
1997年	医療法人池慶会 理事長 (～現在)
2008年	社会福祉法人雛岳園 (すうがくえん) [愛星保育園・たんぽぽ保育園] 理事長 (～現在)

現在の主な役職

(全国)

日本慢性期医療協会 副会長
中央社会保険医療協議会 (中医協) 委員

社会保障審議会 医療保険部会 構成員
厚労省 高齢者医薬品適正使用検討会 構成員
日本医師会 理事
(県内)
福井県医師会 会長
福井大学医学部 臨床教授
福井県医療審議会 会長
福井県慢性期医療協会 会長
福井県介護保険審査会 会長
全日本病院協会 福井県支部長

主な資格

日本外科学会認定医、日本消化器外科学会認定医、日医認定スポーツ医
日医認定産業医、認知症サポート医、介護支援専門員

基調講演演者

上西 紀夫 (かみにし みちお)

地域病病連携推進機構 理事長

財団法人多摩緑成会 総長 (前公立昭和病院企業長兼院長)

略歴

1974年9月	東京大学医学部医学科卒業 東京大学医学部第3外科助手、講師、助教授を経て
1997年4月	東京大学大学院消化管外科学・代謝栄養内分泌外科学 教授 東京大学医学部附属病院胃・食道外科、乳腺・内分泌外科 教授
2005年4月	東京大学医学部附属病院執行部外来診療部会長
2007年4月	東京大学医学部附属病院外科部門長
2008年4月	公立昭和病院 院長
2008年6月	東京大学 名誉教授 (消化管外科学)
2009年6月	日本消化器内視鏡学会 理事長 (～平成25年5月まで)
2014年6月	公益財団法人内視鏡医学研究振興財団 理事長 (～平成30年5月まで)
2014年8月	昭和病院企業団 企業長兼院長
2018年9月	全国自治体病院協議会東京支部 支部長 (～令和5年3月まで)
2023年4月	財団法人多摩緑成会 総長

現在に至る

専門

消化器外科 (胃癌、食道癌)、消化器内視鏡、消化器癌発生、外科侵襲

国内学会等役員

会長：APDW2016 (アジア太平洋消化器病週間2016年学会)

LTAC研究会 (2013年～2020年)

地域病病連携推進機構 (2021年～)

名誉会長：日本消化器外科学会、日本消化器癌発生学会、胃外科・術後障害研究会

名誉会員：日本消化器外科学会、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本消化管学会、
日本胃癌学会、日本食道学会、日本外科代謝栄養学会、

特別会員、功労会員：日本外科学会、日本臨床外科学会、日本癌治療学会、日本外科系連合学会、
日本内視鏡外科学会、日本静脈経腸栄養学会

国際学会

American Society of Gastroenterological Endoscopy (ASGE)
International Society of Surgery (ISS)
International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists (IASGO)
International Society of Gastroenterological Carcinogenesis (ISGC: ex-President)

シンポジスト

志田 知之 (しだ ともゆき)

医療法人天心堂 志田病院 理事長・院長

■ 略歴 ■

1990年3月	佐賀医科大学医学部卒業
1990年6月	佐賀医科大学附属病院 外科
1992年7月	健康保険直方中央病院 外科
1993年6月	唐津赤十字病院 外科
1994年6月	佐賀医科大学附属病院 外科
1995年6月	医療法人天心堂志田病院
1996年9月	医療法人天心堂志田病院 理事長・院長

主な役職

日本慢性期医療協会 理事
日本リハビリテーション病院・施設協会 理事
佐賀県病院協会 理事
鹿島藤津地区医師会 理事
尊厳死協会佐賀支部 理事
鹿島市高齢者保健福祉計画策定委員会 委員
鹿島市地域ケアネットワーク会議 構成員

中尾 一久 (なかお かずひさ)

高良台リハビリテーション病院 理事長

■ 略歴 ■

学歴：久留米大学医学部卒業（1985年）
最終学歴：九州大学医学部大学院卒業（1989年）

主な職歴

1989年4月	英国ロンドン大学セントジョージメディカルスクール病院
1991年4月	久留米大学医学部 第三内科（現心臓血管内科）

1992年4月	国家公務員共済千早病院、国立久留米病院、 公立八女総合病院 循環器内科を経て
1999年10月	療養型高良台病院開設（理事長・院長）
2006年8月	高良台リハビリテーション病院に名称変更（理事長・院長）
2019年4月	高良台リハビリテーション病院（理事長）（院長退任）

現在に至る

役職

医療法人社団久英会 理事長
社会福祉法人久英会 理事長
日本慢性期医療協会 理事
福岡県慢性期医療協会 会長
全日本病院協会 常任理事
全日本病院協会 福岡県支部 理事
福岡県私設病院協会 副会長
日本医療法人協会 福岡県支部 理事
久留米医師会 理事
日本在宅療養支援病院連絡協議会 理事
日本地域医療学会 理事

資格

日本内科学会 総合内科専門医
日本循環器学会 専門医
日本抗加齢学会 専門医
日本リハビリテーション医学会 認定臨床医
日本プライマリーケア連合学会 認定医・指導医
日本臨床栄養協会 サプリメントアドバイザー

地域病病連携推進機構シンポジウム

高度急性期病院における病病連携の これまでとこれから

地域病病連携推進機構 理事長
財団法人多摩緑成会 総長（前公立昭和病院企業長兼院長）

上西 紀夫

DPC制度の導入により病院機能の明確化、そして地域医療構想による病院完結型医療から地域完結型医療への転換が求められ、診療報酬上で様々な施策が講じられており、病院にとってはますます厳しい状況になっている。そこで今回のシンポジウムでは、急性期、回復期、慢性期の各病院における地域医療構想下での病病連携の現状と今後の課題について検討することにした。

まずは、本年の3月まで勤めていた公立昭和病院（以下、当院）の前企業長兼院長として、高度急性期病院の立場から検討してみた。当院は東京都の北多摩北部2次医療圏に属し、圏内の5市と隣接する医療圏に属する2市を加えて7市による企業団立病院で485床を有し、圏域内で唯一の救急救命センターを含む高度急性期医療センターとして運営している。

地域医療構想では病病連携推進の目的で地域医療構想調整会議が開催されているが、そのまとめ役は地区医師会が担当していることもあり、実際はなかなか進んでいないのが現状と思われる。しかし北多摩北部医療圏では、平成25年に圏域内の41病院と5市の医師会による北多摩北部病病連携会議を立ち上げ、各病院、医師会の医師のみならず看護師をはじめとする多職種も参加する幹事会と総会をそれぞれ年1回開催し、お互いに顔の見える関係を築いてきた。さらに、下部組織として栄養問題に関する部会、薬剤耐性菌に関する部会、事務連携職の連絡会議を開催し、緊密な関係構築に努めて来た。その結果、病院間の連携は他の圏域に比べてスムーズであり、コロナ禍では回りハ病院から当院への理学療法士の派遣という成果を得た。そこでさらなる連携を図るため、当院を含む3つの急性期病院間でのインターネットによる患者情報交換事業に着手したが、システムや運用方法についての合議が進んでおらず今後の大きな課題となっている。

このような中、当院でのもう一つの課題は医師会との連携である。コロナ禍では当院の発熱外来に2つの医師会から応援医師の派遣があり大変助かったが、救急患者の受け入れについては必ずしもスムーズとは言えないのが現状である。その主な要因は当院にもあり、高度急性期に特化している一方で総合診療科がないことで受け入れ窓口の狭さが問題である。また、今後働き方改革が実行されると当直医師や救急科医師の範囲や人数の制限をせざるを得ないことが考えられ、その一方で、国は「かかりつけ医師」の推進を強力に推し進めようとしており、休日夜間での診療所からの救急患者の診療要請が増加することが予想され、病病連携にとって病診連携も大変重要な課題と思われる。

以上のことを踏まえて、地域医療構想下における今後のシームレスな病病連携推進のために何が課題か討論したいと考えている。

地域病病連携推進機構シンポジウム

地域密着型多機能病院の立場から ～これまでの中医協等での議論を踏まえて～

池端病院 理事長
池端 幸彦

令和5年5月8日より新型コロナウイルス感染症は2類相当から5類に移行し、ようやく新たなフェーズに入った。結果的には対人口比の死者数は欧米各国と比しても一桁小さい数に終わっており、日本の医療提供体制は十分評価に値するものであったと言えよう。しかし発熱患者やワクチン接種希望者が「かかりつけ医」に受診しようとして門前払いされた等々の報道もあり、コロナ禍後、にわかに日本の「かかりつけ医機能」の在り方が問われたしたが、一口に「かかりつけ医機能」と言っても、各立場でその意味合いは微妙に異なっている。たとえば、日本医師会・四病院団体協議会合同提言では、「かかりつけ医機能」とは①日常診療は生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を地域の医師、医療機関等と協力して提供、②休日や夜間も患者に対応できる体制を構築、③健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の社会的活動、行政活動に積極的に参加し、保健・介護・福祉関係者との連携、在宅医療を推進、④医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う、の4項目を挙げている。更に全世代型社会保障構築会議報告書（2022年12月16日）では、かかりつけ医機能の定義で、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、患者の情報を一元的に把握、日常的な医学管理や健康管理の相談を総合的・継続的に行い、休日・夜間の対応、他の医療機関への紹介・逆紹介、在宅医療、介護施設との連携を挙げている。

これらの共通項をまとめると、①日常によくある疾患への幅広い対応中心の外来医療の提供や健康管理等の対応、②24時間365日体制を想定した休日・夜間の対応、③入院先の医療機関との連携、退院時の受入等の入退院時支援、④在宅医療の提供、⑤保健・福祉・介護サービス等と連携の5項目となろう。この5項目、特に②24時間365日体制を想定した休日・夜間の対応を求められる事が必須とすれば、当然ながら一人医師の診療所等での対応は極めて困難と言わざるを得ない事になり、今後は、地域包括ケア病棟を中心とした地域密着型多機能病院のかかりつけ医機能が重要な視点となると確信している。

更に前回改定で明確に打ち出した「急性期医療」と「回復期・慢性期医療」、「専門外来」と「一般外来」との連携と差別化等の流れや、同時改定にかかる意見交換会の議題の1つとして上がった高齢者救急のや介護保険施設の医療提供体制の議論の経過等を鑑みるに、やはり中小病院の生き残る道は、広義の「かかりつけ医機能」の中で自院は何をどこまで担うか、もっと言えば何を捨てるかのビジョンを院内外に明確に示し、地域の他の医療機関（診療所・病院共に）との双方向の連携を通して、如何に強固なWin-Winの関係を構築できるかにかかっていると看做しても過言ではない。この視点に沿って、中医協での次期同時改定の議論の推移も追いながら大いに議論していきたい。

地域病病連携推進機構シンポジウム

地域医療構想下における小規模民間病院の 慢性期多機能経営

医療法人天心堂 志田病院 理事長・院長
志田 知之

当院は、80床（回復期リハビリテーション病棟32床、地域包括ケア病床28床、療養病床20床）の小規模病院である。2019年6月に増床する前は、48床（回復期リハビリテーション病棟28床、地域包括ケア病床12床、療養病床8床）と更に小規模であった。当時の28床と20床という2病棟体制は、人員配置の面において大変効率が悪いものであった。しかし、当院がある佐賀県南部医療圏は以前から病床過剰地域であるため増床はできず、少ない病床を限りなく有効活用すべく工夫しながら運営していた。

そんな中、転機は突然訪れた。2017年8月、当院の目と鼻の先にあった療養病床44床の民間病院から事業譲渡を受けることが決定し、念願の増床が叶うこととなった。その経緯の第一報を、地域病病連携推進機構の前身である日本長期急性期病床（LTAC）研究会の第5回研究大会（2017年9月24日、軽井沢にて開催）のシンポジウムにて急遽発表させて頂いた。その中で、同年8月31日に開催された平成29年度第1回地域医療構想調整会議南部構想区域分科会にて、事業譲受後の病院統合について私がプレゼンテーションした内容を紹介した。この会議において、地域の基本的な同意を得て、その後の事業譲受、増築、統合というプロセスを進めた。今回の発表では、第2報としてこれらの経緯を改めて紹介したい。

当院の増床を後押ししてくれたものの筆頭として、診療報酬上に地域包括ケア病棟（床）が設定されたことが挙げられる。2014年に地域包括ケア病棟入院管理料（入院医療管理料）が新設されたが、2000年の回復期リハビリテーション病棟に続き、療養病床でも転換が可能であることと、在宅療養支援病院でもある当院にとって活用しやすい設定であったため、すぐに導入することを決めた。人員配置とデータ提出加算への対処を速やかに実行し、2015年1月からまず8床で導入（当初から入院管理料1算定）。2016年4月には12床に増床した。そして、2019年6月の病院統合、増床時から28床に増床した。2022年の診療報酬改定において、療養病床からの地域包括ケア病床には厳しい改定がなされたが、当院は諸要件を問題なくクリアしており、現在も減算なく運営できている。

当院は80床と小規模の病院であるが、現在は「回復期リハビリテーション」機能と「在宅療養支援」機能の二足の草鞋を履いた運営をしている。小規模ながら慢性期多機能病院であるとも言えると思う。一般的に病床数はもっと多いほうが経営効率は良いと思うが、現在の当院の規模及び機能はこの地域の状況にはフィットしていると考えている。発表の中では、病病連携も含め当院の入院機能の現状をお示し、その上で今後も当院が地域での役割をしっかりと担うためには何を為すべきかを考えたい。

地域病病連携推進機構シンポジウム

地域医療構想下における病病連携の現状と課題 ～回復期リハ特化型の立場から～

高良台リハビリテーション病院 理事長
中尾 一久

連携には、大きく垂直的連携と水平的連携があり、この二つの連携がバランスよく行われることが特に高齢者をみていくためには重要である。今回のテーマである地域医療構想下における病病連携は、まさに垂直的連携を示している。我々日本慢性期医療協会の会員病院の守備範囲は、地域医療構想における主に回復期と慢性期である。具体的には、特定入院料である回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟入院料（管理料）と療養病床入院基本料にて運営されている病棟が該当する。今までは高度急性期や急性期の医療機関から回復期や慢性期の医療機関に紹介され、最終的には自宅や施設に落ち着く時系列的な流れが主であったが、近年若症～中等症の高齢者においては、回復期や慢性期の病床での直接入院加療が求められている。即ちかかりつけ医や施設の嘱託医から回復期や慢性期の病床へ紹介入院とする病診連携であり、これが前述の水平的連携である。

人口約30万人の中核都市である福岡県久留米市において、平成30年から福岡県医療介護総合確保基金を利用して、久留米市を大きく3つの地区に分けて、主に高齢者に対する入院ルールと退院ルール、在宅における医師同士のバックアップルールを構築した（久留米地域包括ケアシステム：KICS）。3つの地区毎に中核病院と準中核病院を決め、スムーズな入退院と退院後の介護サービスへの移行を可能にするものである。更には、終末期医療を含めた在宅医療を24時間365日提供する上で、診療所や病院の複数の医師が連携するルール作りを行った。これらのルールに欠かせないのが、情報通信技術（ICT）と診療報酬上の在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の整備である。ICTに関しては、入院ルールでとびうめネット、退院ルールでアザレアネット（ID-LINK）、在宅でのバックアップルールでとびうめネット多職種連携をそれぞれ使用している。又、各々の医療機関が在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院になることによって入退院と在宅医療をよりスムーズに行うことができる。

当グループは医療と介護の複合体組織で、約540ベッドを1つの電子カルテを使うことでグループ内地域包括ケアネットワーク（久英会地域包括ケア情報伝達システム：KICNet）を構築している。その中で全回復期リハ病棟である当院は、当グループ内及びKICSのバックベッド機能を有している。令和4年度の当院の全入院患者を調査したところ、約84%が垂直的連携（病病連携）で、約16%が水平的連携（病診連携）であった。今後地域における民間病院として、垂直的連携と水平的連携は必須であるが、どのような両者のバランスが良いのかは地域によって様々であろう。